

V L A A M S P A R L E M E N T



Zitting 1997-1998

3 april 1998

HOORZITTING

in het kader van de bespreking van "Een ziekenhuisconcept voor Vlaanderen"
van mevrouw Wivina Demeester-De Meyer,
Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid

VERSLAG

namens de Commissie voor Welzijn, Gezondheid en Gezin
uitgebracht door mevrouw Yolande Avontroodt

Samenstelling van de commissie :

Voorzitter : mevrouw Trees Merckx-Van Goey.

Vaste leden : mevrouw Sonja Becq, de heer Jan Béghin, mevrouw Trees Merckx-Van Goey, de heren Marc Olivier, Bart Vandendriessche ;

mevrouw Yolande Avontroodt, mevrouw Patricia Ceysens, de heer Etienne De Groot ;

de heer Peter De Ridder, mevrouw Kathy Lindekens, de heer Guy Swennen ;

de heren Wilfried Aers, Felix Strackx ;

de heer Etienne Van Vaerenbergh ;

mevrouw Ria Van Den Heuvel.

Plaatsvervangers :

de heren Leo Cannaerts, Johan De Roo, mevrouw Veerle Heeren, mevrouw Kathleen Helsen, mevrouw Riet Van Cleuvenbergen

de heer Jacques Devolder, mevrouw Marleen Vanderpoorten, mevrouw Sonja Van Lindt ;

de heren Fred Dielens, Johnny Goos, Jacky Maes ;

de heren Frank Creyelman, Karim Van Overmeire ;

de heer Herman Lauwers ;

de heer Jos Stassen.

Inhoudstafel

blz.

Morgenvergadering**Uiteenzetting door :**

1. dokter Rob Van den Oever, directeur Cel Gezondheidsbeleid van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten 4
2. dokter Ivan Van der Meeren, stafmedewerker Nationaal Verbond der Socialistische Mutualiteiten..... 7
3. de heer Geert Messiaen, secretaris-generaal van de Landsbond der Liberale Mutualiteiten..... 8
4. de heer Luk Van Roye, directeur van de Vereniging voor Openbare Verzorgingsinstellingen (VOV) 10
5. dokter Carine Boonen, algemeen directeur Caritas Verbond der Verzorgingsinstellingen (VVI) 12

Middagvergadering

6. dokter Louis Tielemans, voorzitter van de Belgische Vereniging van Ziekenhuizen..... 13
 7. dokter Jos Bollen, hoofdgeneesheer Psychiatrisch Ziekenhuis Sancta Maria Sint-Tuiden, voorzitter Vlaamse Vereniging Zenuwartsen 16
 8. dokter Robert Rutsaert, voorzitter specialistenvleugel Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België (ASGB) 17
 9. dokter Dirk Himpe, afdelingshoofd cardio-anesthesie, A.Z. Middelheim, Vlaams Artsen Syndicaat (VAS) 19
 10. professor Ivo De Leeuw, gewoon hoogleraar UA, diensthoofd interne geneeskunde, Universitair Ziekenhuis Antwerpen 21
 11. dokter Patrick Roelandt, voorzitter van de Unie voor Huisartsenkringen (UHAK) 22
- Bijlage 27

DAMES EN HEREN,

De Commissie voor Welzijn, Gezondheid en Gezin organiseerde op 12 maart 1998 een hoorzitting over de nota "Een ziekenhuisconcept voor Vlaanderen" van mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid. De tekst van de nota werd als bijlage bij dit verslag opgenomen.

MORGENVERGADERING

1. Uiteenzetting door dokter Rob Van den Oever, lid van de medische directie van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey, voorzitter : We bespreken vandaag de nota van minister Demeester-De Meyer betreffende "Een ziekenhuisconcept voor Vlaanderen". Er liggen in feite twee concept-nota's voor : één over de preventieve gezondheidszorg, en één over een ziekenhuisconcept. Over de eerste nota hadden wij reeds een gedachtewisseling in de commissie, gevolgd door een hoorzitting. Die nota is ook al enigszins geconcretiseerd door een besluit van de Vlaamse regering. Het parallellisme met de tweede nota, die hier vandaag voorligt, gaat niet helemaal op. Deze tweede nota is de aanzet voor een denkoefening over de defederalisering van het gezondheidsbeleid. Ook in de Commissie voor Staatshervorming en Algemene Zaken werd hierover al een hoorzitting gehouden, en het is uiteraard niet de bedoeling deze hoorzitting hier over te doen.

Deze hoorzitting, die gevolgd zal worden door een gedachtewisseling, geeft de sprekers de kans commentaar te geven op het voorliggende document. Ik merk daarbij op dat het document maar een deel van het beoogde weergeeft, en dat het dus zijn beperkingen heeft.

Dokter Rob Van den Oever : Ik moet eerst en vooral opmerken dat ik geen objectieve partij meer ben, omdat ik mijn reflecties verleend heb bij de opmaak van de nota.

De bedoeling van een ziekenhuisconcept is niet een kookboek te leveren voor het ziekenhuisbeleid. Dat is niet mogelijk. Het aanbod en de pathologie in de ziekenhuizen wijzigen zo snel, dat het niet mogelijk is om een strategie voor de komende 5 of 10 jaar op te stellen. Er kunnen enkel krijtlij-

nen uitgezet worden waarbinnen verschillende vormen van zorgverlening kunnen evolueren, waarbij wordt rekening gehouden met de relatie tussen de ambulante en de intramurale zorgverlening.

Bij de uitgangspunten zijn er enkele opvallende topics. Vooreerst is er de verwijzing naar de typische opdrachten voor het beleid : de gezondheidszorg toegankelijk, kwaliteitsvol en betaalbaar houden. Daarbij wordt ook verwezen naar de partners in het beheer en bij de geneesheren, en naar de relatie met de extramurale vormen van zorgverlening.

Een tweede punt is de betaalbaarheid van de zorg. Iedereen kent de evolutie in de uitgaven voor de gezondheidszorg, door de onvoldoende beheerste groei, en door de daling van de inkomsten door structurele problemen, zoals de hoge werkloosheid en het groot aantal mensen dat vervroegd met pensioen gaat.

Het is onvermijdelijk geworden om in de sociale zekerheid keuzen te maken en prioriteiten te stellen. Het is niet meer mogelijk alles te doen. Het aanbod van de medische en farmaceutische industrie groeit exponentieel, zodat kiezen noodzakelijk is geworden. Daarnaast zien we dat onder meer de privatisering intussen sluipend haar intrede doet in de gezondheidszorg.

Tenslotte wordt bij de uitgangspunten ook verwezen naar de functiefinanciering of programmafinanciering. Hiervan willen wij enige afstand nemen, omdat het uitdraait op een verkapt vorm van erkenning. Er worden allerlei kenmerken omschreven, van bestaffing, activiteiten en infrastructuur, die eigenlijk neerkomen op een andere vorm van erkenningscriteria. Wij staan nog ver van een functiefinanciering. Het is volgens mij ook niet doenbaar om te werken met een basisfinanciering, met daarbovenop allerlei bijfinancieringen in verschillende blokken. Dit is een lovenswaardige poging tot het opstellen van een nieuwe soort erkenningscriteria.

Om dan concreet te komen tot het Vlaamse ziekenhuisbeleid : het staat niet ver van het nationale. Enkele punten treden op de voorgrond. Wij moeten om te beginnen rekening houden met de historische context, met het bestaande aanbod, en met de moeilijkheden die reeds rezen bij pogingen om tot fusies van ziekenhuizen te komen. Het is niet eenvoudig een ziekenhuis te sluiten, want dat heeft een weerslag op het aanbod en de afstand, en op de werkgelegenheid. Anderzijds is er in het gezondheidsbeleid in de laatste vijf jaar al een zekere ver-

andering op gang gekomen. Er bestaan reeds een aantal forfaitaire financieringsformules, bijvoorbeeld voor de laboratoria. Een ander element is het beheersen van de uitgaven door budgettering en voorfinanciering. Nog een ander element is de aandacht voor de kwaliteit.

Er bestaat een planningscommissie die een eerste stap zette naar het beheersen van het aanbod. Dit gebeurde onder meer voor de tandartsen en zal ook zo zijn voor de kinesisten. Dit is een moeilijk proces.

Ook zijn er initiatieven die tot fusies moeten leiden. De afgelopen drie jaar komt dit thema steeds meer op de voorgrond. In verschillende steden praat men al over samenwerking, associatie en fusie.

De praktische uitwerking zoals die in het document staat, is haalbaar. Men spreekt over netwerkvorming en samenwerking om een ontdubbeling van de mankracht te vermijden. Op het terrein leidt dit tot een daling van de capaciteit. Door het korter maken van de ligduur, gaat men het aantal bedden moeten afbouwen. We evolueren naar een forfaitaire vorm van financiering. Dit laat toe dat we meer aandacht kunnen besteden aan chronische verzorging in plaats van aan acute ziekenhuisverzorging.

Er is ook een evolutie van intramurale zorg naar extramurale zorg. Van de topzorg in universitaire ziekenhuizen, gaan we naar meer algemene verzorging. Van klinische verzorging gaan we meer en meer naar poliklinische dagverzorging en naar zelfverzorging.

Een belangrijk punt is de relatie tussen Volksgezondheid op federaal niveau en de gemeenschappen. Momenteel hebben we te maken met een bevoegdheidsconflict. Het is niet altijd duidelijk hoe we tot cohesie kunnen komen. De gemeenschappen moeten meer bij het beleid worden betrokken. Ze moeten niet alleen bezig zijn met een afstandelijke inspectie en de erkenning, maar ook met de financiering.

Ik wil ook een pleidooi houden voor ons Belgische model, dat niet zo slecht is. In Nederland zijn er lange wachtlijsten. Voor een consultatie bij de gynaecoloog moet men er 85 dagen wachten. Wie knieproblemen heeft en een orthopedagogisch chirurg nodig heeft, moet 120 dagen wachten. Op deze manier is het gemakkelijk om binnen het budget te blijven. Wij hebben hier een grotere dienstverlening. Dit houdt verband met het aanbod. Wanneer

dat aanbod kleiner wordt, stevenen we af op monopolievorming. Wanneer er bijvoorbeeld maar twee partners zijn, kunnen zij gemakkelijker eisen stellen.

De overheid moet wakend toezien op de kwaliteit en kan een aantal krijtlijnen uittekenen. Maar op het terrein hebben de ziekenhuizen en de andere partners de taak om binnen deze krijtlijnen de zorgverlening uit te voeren.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Mijn vraag wil ik eigenlijk aan alle verzekeraars stellen. Wat is de rol van de verzekeraars ? In de nota staat dat er nood is aan een reglementering van de aanvullende verzekering. Nu profileren een aantal ziekenfondsen zich als kwaliteitsbewaker. Dokter Van den Oever wees op de rol van de overheid als kwaliteitsbewaker. Volgens mij is dit een contradictie.

Dokter Rob Van den Oever : Kwaliteitspromotie kan geen monopolie zijn. Dit is het nooit geweest. Het zou tot gevaarlijke situaties leiden. Kwaliteitspromotie is een opdracht voor iedereen. De overheid zorgt voor opleidingscriteria en voor degelijke apparatuur. Ook de andere spelers moeten tot de kwaliteitsverhoging bijdragen, bijvoorbeeld ook de individuele zorgverstrekkers in ziekenhuizen. Maar ook de patiënt heeft een opdracht en kan bijvoorbeeld zijn levenshouding wijzigen en preventief rekening houden met een aantal zaken zoals voeding, tabak en alcohol. Wij staan achter deze vorm van kwaliteitspromotie. Wij zijn geen voorstander van één instelling die zich hier mee zou bezig houden.

Mevrouw Avontroodt verwijst naar één van de initiatieven die worden genomen. Het terrein wijzigt momenteel. Er is meer samenwerking dan men zou vermoeden. Wij sporen bepaalde lacunes op : nieuwe technieken en procedures die nog niet worden gedekt door de verplichte ziekteverzekering. Ofwel betaalt de patiënt de rekening, ofwel een andere instantie. Wij willen altijd de link met de ziekteverzekering leggen. Dit werkt ook : een aantal prestaties die eerst door de aanvullende verzekeringen werden gedekt, werden daarna door de verplichte ziekteverzekering overgenomen. Wij waken over het opbod tussen de verzekeraars. Daarom is overleg nodig.

De zoektocht naar bijkomende financiering blijft bestaan. In de toekomst zullen de werkgevers met een collectieve hospitalisatieverzekering of de sociale verzekeraars met een solidair systeem, een grotere rol spelen. Het aanbod aan zorgverlening

neemt immers experimenteel toe en is groter dan dat wat wij ons budgettair kunnen permitteren.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Mijn vraag betrof eigenlijk de rol van de verzekeraars in de controle. Dokter Van den Oever zegde dat de controle via eigen overleg tot stand zal komen, maar dit is geen antwoord op de nota die het heeft over een reglementering van de aanvullende verzekering.

Dokter Rob Van den Oever : Overleg kan tot reglementering leiden. Overleg is nodig om afspraken te maken, om de wildgroei en een concurrentieslag te beperken.

Wij schrijven al ongeveer 20 jaar mee de nomenclatuur voor de gezondheidszorg. Die staat vol met kwaliteitscriteria, en dat was altijd zo. Nu ontdekken sommigen dit thema. Wanneer kwaliteitszorg aan één instantie wordt toegekend, leidt dit tot een monopolie. Een vorm van differentiële financiering is nodig als sturing naar meer kwaliteit. Het is een zachte selectiewijze.

De heer Bart Vandendriessche : De ziekenfondsen zijn ledenorganisaties die voor hun leden voordelen moeten kunnen verwerven. Ik vrees echter dat er een enorme concurrentie zal ontstaan tussen de verschillende ziekenfondsen.

Dokter Van den Oever zegt dat de prestaties die opgenomen worden in de aanvullende verzekeringen mettertijd meestal opgenomen worden door het Riziv. Ik vrees dat bepaalde overgangsmaatregelen lang kunnen duren en dat de verplichte ziekteverzekering steeds minder prestaties zal overnemen. Treedt er geen verzadiging op ?

In feite bestaat er in ons land een kwalitatieve gezondheidszorg. Wat zijn de sterke punten die we moeten vrijwaren in het Vlaamse concept ?

Anderzijds kampen we met een medische overconsumptie, vooral op het vlak van de zware medische apparatuur. Welke evolutie is er nu op dat vlak ? Hoe gaat men daarmee om ?

We horen al een tiental jaar spreken over een nieuw ziekenhuisconcept. Stel dat dit op het Vlaamse niveau niet realiseerbaar is, is er dan op het federale niveau een evolutie mogelijk ? Waarom liggen deze plannen al tien jaar in de lade zonder dat ze uitgevoerd worden ?

Dokter Rob Van den Oever : Raakt de verplichte ziekteverzekering niet verzadigd ? Sinds begin 1997 is men op sommige plaatsen 'intermutualis-

tisch' gestart met bepaalde initiatieven. Een groot gedeelte daarvan is al verschoven naar de verplichte ziekteverzekering. Men heeft twee keuzes. Ofwel kan men ervan uitgaan dat het Riziv geen geld meer heeft en dat de patiënt bepaalde nieuwe behandelingswijzen daarom zelf moet betalen. Dat leidt tot een zorg met twee snelheden. Ofwel aanvaardt men het principe van de aanvullende private verzekering. Dat leidt tot dezelfde resultaten. De ziekenfondsen hebben daar een opdracht te vervullen. Door het aanwenden van deze beperkte budgetten wordt er een wachtkamerfunctie gecreëerd. Bepaalde problemen worden tijdelijk opgelost en intussen houdt men de gesprekken gaande op het niveau van de verplichte ziekteverzekering om bepaalde prestaties te laten opnemen. Men mag via de aanvullende verzekering echter geen concurrentie aandoen aan de verplichte ziekteverzekering. Degenen die zich met aanvullende verzekering inlaten, moeten verantwoordelijkheid nemen in de verplichte ziekteverzekering. Men kan geen 'twee petjes opzetten'.

Er werd gevraagd naar de goede punten in onze gezondheidszorg op het vlak van ziekenhuizen. Ik ben vrij optimistisch over onze gezondheidszorg. Het is niet makkelijk om het juiste evenwicht te bewaren tussen een aanbod, een overaanbod, kwaliteit en serviabiliteit. In de ons omringende landen worden bepaalde behandelingen sterk gerationaliseerd. Zo wordt er onder meer bepaald dat niersteenverbrijzelaars slechts in twee ziekenhuizen aanwezig mogen zijn. Het gevolg is dat men naar het buitenland gaat voor behandelingen. In België is er inderdaad soms een overaanbod, maar dat heeft ook voor gevolg dat de prijzen relatief laag blijven en dat de dienstbaarheid groot is. Bij rationalisering bestaat er een gevaar voor monopolievorming. Dan kan men voor een bepaalde behandeling nog slechts in een ziekenhuis per regio terecht. Zo ontstaan er wachtlijsten. De prijs stijgt, want er is geen concurrentie behalve op grote afstand. De concurrentie zorgt ook voor kwaliteitsverhoging.

Er zijn duidelijk voordelen aan wat op het eerste gezicht een overaanbod lijkt. In ons land is het aantal overlijdens door acute myocardinfarcten met de helft gedaald. Betekent dat dat er te veel geïnvesteerd is in cardiale centra ? In feite is het goedkoper wanneer die mensen sterven. Ook het roken is eigenlijk ideaal om het budget onder controle te houden. De groei van de uitgaven in de ziekteverzekering heeft net te maken met het feit dat de mensen gemiddeld langer leven. In de oncologie daarentegen is het sterftecijfer niet verbeterd. De chemotherapie is een enorme uitgavenpost, hoewel

er weinig perspectieven op genezing geboden worden.

Zijn er initiatieven op federaal vlak ? Men probeert de ontduubeling en de onderbezetting tegen te gaan via samenwerking. Men wil geen artificiële concurrentie scheppen. Zo zijn er b.v. nieuwe vormen van beeldvorming mogelijk door de nucleomagnetische resonantie. Bepaalde ziekenhuizen kunnen een preferentiële positie innemen doordat een dergelijk apparaat aanwezig is. Dat heeft geen zin. Via progressieve budgetfinanciering moet men proberen na te gaan wat ziekenhuizen nodig hebben om hun eigen dan wel elkaars infrastructuur te kunnen gebruiken. De huidige financiering verplicht de ziekenhuizen hun inkomen te halen uit een goede verpleegdagprijs, hun bedden zo vol mogelijk te houden en zo veel mogelijk dure prestaties aan te rekenen. Toch is het niet aangewezen een computermodel van strikte programmatie uit te werken zonder rekening te houden met wat er op het terrein bestaat. Men moet de mensen voor hun verantwoordelijkheid plaatsen. Een middel daartoe is de financiële coverantwoordelijkheid. Ook de ziekenhuisartsen moeten meer verantwoordelijkheid dragen op het financieel vlak. De Vlaamse Gemeenschap heeft daartoe een aantal strategische lijnen uitgezet.

Mevrouw Sonja Becq : Aan welke voorwaarden moet worden voldaan om een volwaardig netwerk uit te bouwen ? U verwijst terecht naar het gevaar voor monopolievorming. Hoe verhouden intra- en extra-murale afspraken zich tot elkaar ?

Dokter Rob Van den Oever : Volgens mij zijn er drie voorwaarden : een functionele, een financiële en een juridische. Daar waar men nu met drie equipes werkt, zal er in een netwerk nog maar een enkele equipe zijn. En daarom moeten hun opleiding en bijscholing steeds als een geheel gezien worden. Binnen een netwerk is ieder ziekenhuis mee verantwoordelijk voor de kwaliteit van het andere. Een netwerk moet ook als een financiële entiteit beschouwd worden. Bovendien kan de samenwerking binnen een netwerk niet gebaseerd zijn op enkele mondelinge afspraken. Er moet gezorgd worden voor een formele goede juridische basis.

Niets belet extra-murale afspraken. Voor een kort verblijf – bijvoorbeeld dagziekenhuis, bevalling – kan men afspraken maken met de ambulante sector. Men is daar al mee begonnen.

Mevrouw Sonja Becq : In hoeverre is de wil daartoe aanwezig ?

Dokter Rob Van den Oever : Op sommige plaatsen zal dat geen probleem zijn, op andere plaatsen zal voor financiële voordelen (stimuli) gezorgd moeten worden. Er zijn een aantal modellen voorhanden. Een gemengde financiering is wenselijk zodat er geen verliezende partij is. Want als een klein ziekenhuis voelt dat het aan invloed (en dus inkomen) verliest binnen een netwerk, zal het verdere integratie tegenwerken.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey, voorzitter : Dokter Ivan Van der Meeren die het Nationaal Verbond der Socialistische Mutualiteiten vertegenwoordigt, heeft het woord.

2. Uiteenzetting door dokter Ivan Van der Meeren, stafmedewerker van het Nationaal Verbond der Socialistische Mutualiteiten

Dokter Ivan Van der Meeren : Het ziekenhuisconcept dat minister Demeester voorstelt oogt goed, maar een aantal elementen eruit zijn niet nieuw. Ik zal mij concentreren op de rol die de overheid wenst te vervullen en op de obstakels.

Volgens minister Demeester-De Meyer zal de Vlaamse overheid een bescheiden rol spelen. Sta me toe daaraan te twijfelen. Volgens mij neemt de overheid veel hooi op haar vork. Ze wil een basispakket voor de verplichte verzekering uitwerken, naast voorwaarden voor de aanvullende pakketten. Ze wil een kwaliteitsbeleid uitwerken en beleidsondersteunende informatie verzamelen. Volgens mij is dit verre van een bescheiden rol. Bovendien stelt minister Demeester dat de ziekenhuizen zo autonoom mogelijk zullen optreden, zij het binnen strikte klijntijnen.

Volgens mij gaat het om managed care gebaseerd op pathologiefinanciering, met de overheid als regelgever. De Vlaamse overheid zal het basispakket vastleggen. Privé-verzekeraars en ziekenfondsen mogen zich enkel nog concentreren op de aanvullende pakketten. Zo gaat veel expertise verloren.

Er zijn ook een aantal obstakels. Zo is een basisvoorwaarde de volledige federalisering van de gezondheidszorg. Wij hebben daar onze bedenkingen bij. Daarnaast is er ook sprake van pathologieprogramma's. Uit vroegere pogingen daartoe hebben we geleerd dat het geen makkelijke oefening is. Een continuüm in de financiering van de zorg vergt een volledige overheveling van de ziekteverzekering. Verder zijn de bestaande Vlaamse

gezondheidsindicatoren ontoereikend om de behoeften aan zorg te meten. We beschikken enkel over federale ziekenhuisgegevens, die bekritiseerd kunnen worden. Het is belangrijk dat we over objectieve cijfers beschikken, vooral als deze cijfers dienen om de sector verder te reguleren. Wij als ziekenfondsen verzamelen consumptiegegevens en merken bijvoorbeeld grote regionale verschillen. Ten slotte mogen we niet vergeten dat de meeste ziekenhuisgeneesheren de prestatiebetaling niet willen zien verdwijnen.

De nota van minister Demeester-De Meyer bevat ook waardevolle elementen. Het is moedig om te erkennen dat er keuzes moeten worden gemaakt. Op federaal niveau horen we dat niet zo vaak. Werken met forfaitaire vergoedingen is niet zonder meer te verwerpen. Een langere voorbereidingstijd is echter aangewezen. Het is bedrijfseconomisch gezien logisch dat de artsenhonoraria geïntegreerd worden in de prijsbepaling per programma.

Het uitgangspunt is : wat we zelf doen, doen we beter, maar dit wordt in de nota iets te breed uitgesmeerd. Sommige denkrichtingen maken ook op federaal niveau opgang. Defederalisering is geen absolute voorwaarde om de principes in beleidsdaden om te zetten.

Minister Demeester-De Meyer heeft de ziekenfondsen blijkbaar niet nodig. Nochtans hebben de ziekenfondsen een enorme knowhow opgebouwd, waarvan gebruik kan worden gemaakt bij de praktische uitdieping.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Hoe staat u tegenover de bewaking van negatieve patiëntselectie in een volledig forfaitair systeem ?

Dokter Ivan Van der Meeren : In een volledig forfaitsysteem moet ervoor worden gezorgd dat bepaalde moeilijke pathologieën toch nog aan bod zullen komen. Voor patiënten die om sociale of leeftijdsredenen ingewikkelde pathologieën vertonen moet een aparte financiering worden gerealiseerd.

Mevrouw Yolande Avontroodt : U pleit voor verdere forfaitarisering. Komt de bewaking van negatieve patiëntselectie dan niet in het gedrang ? Pleit u ook voor een sociale correctie ?

Dokter Ivan Van der Meeren : Er moet rekening worden gehouden met het type patiënt : kansarmen wachten vaak te lang, zodat de pathologieën bij deze patiënten vaak zwaarder zijn. Bovendien verblijven ze langer in het ziekenhuis bij gebrek

aan andere opvang. In de financiering zijn daarom meetbare correcties nodig.

3. Uiteenzetting door de heer Geert Messiaen, secretaris-generaal van de Landsbond der Liberale Mutualiteiten

De heer Geert Messiaen : Ik zal eerst enkele algemene bedenkingen formuleren. Daarna zal ik het voorliggende document meer in detail bespreken. In tegenstelling tot dokter Van den Oever werd ik niet betrokken bij het totstandkomen van het document. Hij heeft sportief toegegeven dat dit voor mij een nadeel is.

Ik ben blij dat er nagedacht wordt over een geïntegreerd ziekenhuisconcept voor Vlaanderen. In grote lijnen zijn we het eens met de visie van het voorliggende concept. Ziekenhuizen worden terecht gezien als een deel van een geheel van zorgverstrekkers. Er wordt afgestapt van de traditionele gefragmenteerde aanpak die leidde tot een onevenwichtige verdeling van de middelen. We zijn voorstander van een centrale positie van de huisarts.

De bedoeling is dat het voorstel wordt uitgewerkt wanneer de bevoegdheid over de ziekenhuizen volledig gedefederaliseerd zal zijn, al kan het meeste ook binnen het huidige stelsel worden gerealiseerd.

De werkgroep vertrekt van een stilzwijgende consensus over de noodzaak tot defederalisering van de gezondheidszorgen. De liberale ziekenfondsen verzetten zich echter tegen een opsplitsing van de sociale zekerheid en van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Noch voor de patiënten, noch voor de efficiëntie levert een verdere communautarisering van de gezondheidszorg bijkomende voordelen op. Onze argumenten ter zake deelde ik reeds mee tijdens een hoorzitting over deze kwestie in de commissie Staatshervorming en Algemene Zaken.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey, voorzitter : Zij zijn terug te vinden in het verslag van die commissievergadering.

De heer Geert Messiaen : Een grotere responsabilisering van alle actoren is aangewezen in het raam van een grotere mate van beheersautonomie. De responsabilisering mag echter geen rem vormen voor de toegang tot de gezondheidszorg. Niettemin wordt de poort hiervoor opengezet, waar de werkgroep het heeft over de bereidheid tot betalen en

de medical shopping. Dergelijke uitspraken voeden de mythe dat patiënten voor hun plezier gezondheidszorg consumeren. Afbouwen van de dekking in het verplichte systeem heeft vooral tot gevolg dat de verzorging wordt uitgesteld, zodat de kosten later hoger oplopen. De overheid moet een ruim kader aanbieden waarbinnen de ziekenhuizen zich kunnen bewegen om de beste zorg tegen de beste prijs aan te bieden. Concurrentie tussen ziekenhuizen is hiertoe een goede stimulus.

Het ziekenhuisbegrip moet volgens de werkgroep volledig worden herdacht. We betreuren echter dat geen einde wordt gemaakt aan de verzuiling in de sector. Ziekenfondsen en zorgverstrekkers worden zo op een ongezonde wijze verweven.

We pleiten al jaren voor een centrale positie van de huisarts. We zijn ook voorstander van geïnformateerde communicatie. Geneeskundige gegevens op een medisch kaart is echter van een geheel andere aard en hoort thuis in een Big Brother-klimaat. De privacy van de patiënt wordt zo met voeten getreden.

Het is een positieve evolutie dat de behoeften van de patiënt centraal zullen worden gesteld in plaats van het aanbod aan ziekenhuizen. We hopen echter dat deze stelling geen streven naar afbraak van voorzieningen verhuult.

Het verband met andere verzorgingsvormen, in het bijzonder de thuiszorg, mag niet ontbreken. Naarmate de hospitalisatie korter wordt, neemt hun rol voor de naverzorging toe. Voorts mag ook het aspect werkgelegenheid niet uit het oog worden verloren. Worden artsen en personeelsleden van voorzieningen die sluiten overgeheveld naar andere instellingen? Worden de lopende akkoorden en CAO's daaraan opgeofferd? In dat geval dreigt de Witte Woede erger te worden.

De werkgroep stelt in het document dat er een ruime maatschappelijke discussie moet zijn over de vraag of in Vlaanderen te veel of te weinig aan gezondheidszorg wordt uitgegeven. Die discussie heeft, als men de volgende zin leest, enkel betrekking op de verdeling van het budget en niet op de omvang ervan. Volgens ons had de werkgroep juist moeten beginnen met de discussie over dat laatste.

Op pagina 14 en 15 heeft het document het over anders reguleren. Een goede planning is onmisbaar. Als dat echter nieuw is, wat heeft de huidige planningscommissie dan gedaan? De werkgroep schrijft dat alle overheden de toegankelijkheid van de zorg moeten waarborgen: welke overheden

worden daarmee juist bedoeld? Bij de reglementering van de aanvullende verzekering gaat men uit van de inkrimping van het verplichte pakket. Wij wijzen op het gevaar van risicoselectie en van een dualisering van de gezondheidszorg. Wij willen hier enkel aan meewerken als dit systeem voor de hele bevolking wordt uitgewerkt, en niet enkel fragmentair.

Dat ziekenhuizen moeten samenwerken en eventueel fusioneren, is een goede zaak. Niettemin plaatsen wij daar ook enkele kanttekeningen bij. Welke plaats kent de werkgroep toe aan de ziekenhuisgroepen conform de huidige ziekenhuiswet? Wil de Vlaamse regering nog een stap verder gaan of vallen haar netwerken hiermee samen? De nieuwe entiteiten die zouden moeten ontstaan, mogen geen mastodonten worden. Wij gaan akkoord met een fusieoperatie op voorwaarde dat de keuzevrijheid voor de patiënt en het pluralisme gewaarborgd blijven, temeer daar de financiering met overheidsgeld gebeurt. Wat gebeurt er met de openbare ziekenhuizen? Als de nieuwe structuren zuiloverschrijdend zijn, moeten de beheerraden en ethische comités pluralistisch samengesteld zijn. Dat laatste is van belang voor het recht van de patiënt op stopzetting van uitzichtloze behandelingen. De schatting van 65 tot 70 ziekenhuizen voor heel Vlaanderen, met zijn 5 miljoen inwoners, lijkt ons erg weinig. Het is niet zo vanzelfsprekend dat dit automatisch tot een betere gezondheidszorg leidt. De werkgroep schrijft trouwens zelf dat men voor geriatrie, pediatrie en spoedopnamen rekening zal moeten houden met het aspect afstand.

De liberale ziekenfondsen gaan akkoord met een herdenking van de financiering voor een optimale aanwending van de zorg. Enige concurrentie tussen de ziekenhuizen is een stimulus voor het nastreven van de beste prijs-kwaliteitsverhouding. De overheid moet regulerend optreden, bij voorkeur via stimuli in de financiering in plaats van binnen strikte programmatieregels. De idee om de financiering te baseren op pathologiegroepen en verzorgingsprogramma's in plaats van op diensten en verpleegdagen, ondersteunen wij in zekere mate, hoewel wij voorstanders blijven van het behoud van de financiering per prestatie, of ten minste van een gemengd systeem waarbij het overleg tussen de verstrekkers en de verzekeringsinstellingen in stand wordt gehouden. De pathologiefinanciering is overigens reeds vervat in het koninklijk besluit van 25 april 1997 tot reorganisatie van de gezondheidszorg. De werkgroep pleit voor een financiering onafhankelijk van de zorgvorm, met het oog op de coherentie van het beleid. Wij staan achter coherentie in het beleid, maar we pleiten ervoor dat die

zich uitstrekt tot het volledige gezondheidsbeleid van dit land, in plaats van verdeeld te zijn over 11 ministers en staatssecretarissen. De verdere betrokkenheid van de artsen bij het beheer lijkt ons onafwendbaar. Hiervoor bestaat reeds de medische raad, die heel wat adviesbevoegdheden heeft. Wil men de adviesbevoegdheden van dit orgaan verder uitbreiden of de adviezen bindend maken voor de ziekenhuisbeheerder, of wil men een volledig nieuwe structuur op poten zetten ?

We scharen ons achter het belang dat de werkgroep hecht aan de invoering van nieuwe technologieën, en we pleiten voor een taak van de verplichte verzekering in dit proces. Wij menen dat de financiering op gemengde basis moet gebeuren, deels door een nieuw budget vanuit de verplichte verzekering voor gezondheidszorg en deels uit de budgetten voor wetenschappelijk onderzoek. De toekenning van de middelen voor de nieuwe technologieën vanuit de verplichte verzekering moet geleidelijk geschieden, op beperkte schaal, en met regelmatige evaluatie van hun impact en indicaties.

De werkgroep geeft toe dat het nieuwe ziekenhuisconcept niet gerealiseerd kan worden binnen de actuele bevoegdheidsverdeling inzake gezondheidszorg. Wij gaven reeds aan dat een vertegenwoordiging van de regio's in het Riziv al aan enkele problemen tegemoet zou komen, en zou passen in de consensusstrategie van de werkgroep. Als er een verdere defederalisering komt, moet het gaan om homogene pakketten.

Men pleit voor een nieuwe cultuur en mentaliteit bij de zorgverstrekkers en beheerders. Dit is wenselijk, maar is het wel realistisch in een klimaat van bestaansonzekerheid van de ziekenhuizen ? Die nieuwe mentaliteit mag niet neerkomen op een fusie ten koste van alles, met inbegrip van het niet respecteren van het pluralisme of een beperking van de keuzevrijheid van de patiënt.

Ten slotte willen wij ons met klem verzetten tegen wat uw document zegt over de beperking van de kosten en van de keuzevrijheid van de patiënt. In de toekomst kan de ongebreidelde keuzevrijheid enigszins ingeperkt worden om kwaliteitsvolle zorg te garanderen. Een volledige keuzevrijheid in een gezondheidssysteem dat betaalbaar moet blijven, een goede kwaliteit moet bieden en op alle vlakken toegankelijk moet zijn, is niet langer realiseerbaar. Dat staat op pagina 51 van uw nota. Als vertegenwoordigers van de patiënt zijn we radicaal tegen de beperking van de keuzevrijheid : in dat geval kunnen wij niet akkoord gaan met de fusieoperatie. In elk geval moeten de verzekeringsin-

stellingen bij de planning worden betrokken, zodat de toegankelijkheid van de zorg niet in het gedrang gebracht wordt.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey, voorzitter : Het document is van de hand van minister Demeester-De Meyer. Het werd opgesteld na overleg met een ad hoc-werkgroep. De ledenlijst van deze werkgroep vindt u in de nota terug. De tekst wordt nu ter bespreking aan ons voorgelegd. Het doel is kritische opmerkingen te maken, maar tevens positieve denkrichtingen eruit te halen. Het document dient ook als toetsingskader bij de soms punctuele wijzigingen waarover deze commissie zich buigt. Om die redenen zijn wij geïnteresseerd in een aanpassing van het document. Diverse genodigden op deze hoorzitting, met name dokter Van den Oever, de heer Van Roye en dokter Boonen werkten mee aan de nota.

De heer Geert Messiaen : Wij wilden ook wel van meet af aan aan de werkgroep deelnemen.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey, voorzitter : Dit is de verantwoordelijkheid van de minister. Alleszins wilden wij meer mensen horen dan enkel de auteurs van de werkgroep.

Mevrouw Sonja Becq : Het document heeft het over het medisch dossier. Het is belangrijk voor de patiënt dat de huisarts en de specialist objectieve gegevens kunnen uitwisselen. Heeft de heer Messiaen bezwaren tegen een gedeeld beroepsgeheim ?

De heer Geert Messiaen : Wij willen dat de privacy van de patiënt wordt beschermd. Zoals het nu in het document staat, is dat niet zo duidelijk.

Mevrouw Yolande Avontroodt : De heer Messiaen stelde zelf zoveel vragen dat wij er geen meer kunnen aan toevoegen.

4. Uiteenzetting door de heer Luk Van Roye, directeur van de Vereniging voor Openbare Verzorgingsinstellingen (VOV)

De heer Luk Van Roye : Ik ben blij dat ook de vertegenwoordigers van de openbare ziekenhuissector hier worden gehoord.

Het is voor mij niet zo eenvoudig om een standpunt weer te geven. In de eerste plaats werkte ik zelf mee aan de voorbereiding van het document. Het is dus moeilijk om kritische opmerkingen te

maken. Voorts heb ik geen mandaat van de VOV om hier een gemeenschappelijk standpunt naar voren te brengen. Wij zijn immers nog steeds een nationale organisatie, die ook een tiental Brusselse en een dertigtal Waalse ziekenhuizen groepeerd. Ik spreek dus uit persoonlijke naam. Wel heb ik met een aantal Vlaamse leden van de organisatie gesproken, dit wil zeggen met diverse ziekenhuisdirecties en beheerders. In het algemeen werd de nota tamelijk positief onthaald.

De ziekenhuisbeheerders waren aangenaam verast omdat het concept nauw aanleunt bij de werkzaamheden van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. Op het veld vreest men dat er op de verschillende beleidsniveaus verschillende visies zullen ontwikkeld worden, wat zou leiden tot een stroeve regelgeving. Dit werkt de doelstelling om aan alle patiënten een kwalitatief hoogstaande verzorging te bieden niet in de hand.

Het nieuwe concept steunt veeleer op patiëntenprogramma's dan op structuren. Ook dit wordt positief beoordeeld. VOV stelt immers dat het belangrijk is dat iedereen de meest gepaste verzorging krijgt. Het gedachtepatroon, waarin een zorgverstrekker altijd en alleen de beste zorg zou kunnen bieden, is definitief voorbijgestreefd. Dit standpunt verbaast u misschien, denk maar aan het hospitalocentrisme, maar ik denk hierbij niet alleen aan mijn sector. De ziekenhuizen willen een deel van hun actieterrein in vraag stellen, maar verwachten dit ook van de ambulante sector, met name de extramurale specialisten.

Het ziekenhuis is niet langer alleen maar een residentiële verzorgingsstructuur. We moeten met alle zorgverstrekkers samen een geïntegreerd netwerk van verzorgingsvoorzieningen uitbouwen. Dit gaat van eerstelijnszorg tot de meest gesofistikeerde verzorgingstechnieken. Dit is een uitdaging voor de toekomst. Er zijn drie voorwaarden : de openbare en privé-sector zullen nauwer moeten samenwerken, de overheid moet een sturende rol spelen en er moet gewaakt worden over de financiën.

Voor een samenwerking tussen de openbare en privé-sector is een constructieve houding nodig. In veel gevallen weet men dat samenwerking nodig is, maar blijft die beperkt tot vrijblijvende functionele formules. Er zullen nieuwe juridische constructies nodig zijn. De bestaande wetgeving laat echter nog niet toe dat openbare instellingen op een soepele manier samenwerken met privé-instellingen. Dit is zowel te wijten aan de voorbijgestreefde beheersstructuren van de openbare ziekenhuizen als aan

de stroeve voorwaarden om gemengde rechtspersonen op te richten.

Een tweede voorwaarde is dat de overheid een grotere inbreng moet hebben. Het is onvoorstelbaar dat de overheid, die de bijna exclusieve financieringsbron van de gezondheidszorg is, zou afwezig blijven en alle initiatieven aan de sector zelf zou overlaten. De overheid moet haar verantwoordelijkheid blijven opnemen. Ze moet daarbij niet alleen waken over de toegankelijkheid, wat een zekere vorm van planning (programmatie), erkenning en evaluatie inhoudt. Deze taken dienen vooral als ondersteunend te worden beschouwd. De overheid moet dus blijven investeren in de administratie, die echter niet overregulerend mag werken, maar open en voor iedereen toegankelijk moet zijn.

Blijft dan de wijziging van het financieringssysteem van de ziekenhuizen en van de gezondheidssector in het algemeen. De VOV – en hier vertolk ik wel het officiële standpunt – heeft geopteerd voor een globale forfaitaire financiering van de zorgactiviteit. Die kan niet enkel op de pathologie gebaseerd zijn, omwille van de selectierisico's. Een en ander moet veeleer steunen op een mix van elementen. De pathologie moet daarbij uiteraard een rol spelen, maar ook sociale elementen moeten aan bod kunnen komen.

De Vlaamse openbare ziekenhuizen staan positief tegenover het nieuwe concept en tegenover de netwerkvorming. Ze vragen wel de nodige middelen om er te kunnen instappen. Onze hoofddoelstelling blijft een kwalitatieve gezondheidszorg die voor iedereen toegankelijk is. Een negatief punt voor de nota is het ontbreken van de ondersteunende en initiatiefnemende rol van de overheid.

De heer Bart Vandendriessche : Een van de belangrijkste accenten in de nota is de pathologiefinanciering. U zegt dat dit een risico van selectiviteit inhoudt. U spreekt ook over een mix van pathologie en sociale elementen. Bedoelt u daarmee dat de openbare ziekenhuizen meer sociaal behoeftigen opvangen ? Kan daarvoor geen andere oplossing bedacht worden ? Moeten de OCMW's bijvoorbeeld niet inspringen ?

De heer Luk Van Roye : Ik kan een voorbeeld geven van selectiviteit in de pathologie. Een radiologische prestatie wordt forfaitair betaald. Wanneer het gaat om een patiënt die goed te been is, dan is het geen probleem om die prestatie uit te voeren in de privé-praktijk bij de radioloog thuis. Wanneer diezelfde prestatie nodig is voor een hoogbejaarde

patiënt die in een rolstoel zit, dan zal diezelfde radioloog de patiënt naar een ziekenhuis sturen. Daar liggen de kosten dan hoger.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey, voorzitter : Is hiervoor een alternatief ?

De heer Luk Van Roye : De pathologie blijft uiteraard een van de elementen. Daar moeten echter andere elementen aan gekoppeld worden zoals de leeftijd, de zelfredzaamheid en bepaalde sociale elementen. Het OCMW en andere instellingen kunnen misschien bepaalde zaken opnemen, maar niet alles. Patiënten van een bepaalde leeftijd en met een bepaald sociaal profiel zullen een langer verblijf in het ziekenhuis nodig hebben. Het gaat daarbij niet enkel om minder begoede patiënten, maar ook om mensen die geïsoleerd staan of om een gebrek aan thuishulp. De ziekenhuizen worden echter gepenaliseerd als patiënten er langer blijven.

De heer Bart Vandendriessche : Komt dit soort patiënten niet in alle ziekenhuizen voor of komt dit niet in dezelfde mate voor in alle ziekenhuizen ?

De heer Luk Van Roye : Ik heb niet gezegd dat dit het monopolie is van de openbare ziekenhuizen.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey, voorzitter : We zullen in de toekomst ook nog hoorzittingen houden over de wijziging van de OCMW-wetgeving en over de samenwerkingsverbanden en de bestuursvormen voor de openbare ziekenhuizen. Dan kan er hierop meer in detail worden ingegaan.

5. Uiteenzetting door dokter Carine Boonen, algemeen directeur Caritas Verbond der Verzorgingsinstellingen (VVI)

Dokter Carine Boonen : Zoals u hebt kunnen vaststellen in het document, heb ik geparticipeerd in de werkgroep die dit document heeft voorbereid. Er zijn op dit ogenblik meerdere ministers en staatssecretarissen bevoegd voor de gezondheidszorg. Het is echter de eerste keer dat een minister zo constructief participeert aan de werkzaamheden van een werkgroep. Dat was een aangename ervaring. Het pleit ook voor de vooropgestelde toekomstvisie.

Vooraf wil ik enkele bedenkingen maken. Het huidige erkennings- en financieringsbeleid heeft ongetwijfeld zijn verdiensten gehad. Daardoor werden er een aantal belangrijke zaken gerealiseerd. De kwaliteit van de verstrekte zorg is hoog. In een tijd

dat de ziekenhuizen veeleer verpleeghuizen waren en de relatie tussen arts en patiënt zich beperkte tot een monodisciplinair gebeuren, was het logisch dat de organisatiestructuur hoofdzakelijk gebaseerd was op infrastructurele kenmerken. Het belangrijkste element voor erkenning was en is trouwens nog steeds het ziekenhuisbed. De ziekenhuizen worden beschreven als een geheel van bedden.

Door de vooruitgang van de geneeskunde werd de regelgeving geleidelijk uitgebreid, maar ze bleef steeds slaan op infrastructurele kenmerken. Vandaag zijn we terechtgekomen in een ingewikkeld kluwen van regelgeving waar nog slechts enkelen wijs uit raken. Deze regelgeving wordt dan nog voortdurend gewijzigd. Dit alles creëert een gevoel van rechtsonzekerheid bij het ziekenhuisbeheer.

Daarbij komt nog de aanzienlijke achterstand in prijsbepaling en financiering tegen een permanente dreiging van budgettaire imperatieven. In vergelijking met de ons omringende landen geeft België nochtans niet abnormaal veel uit aan gezondheidszorg. Op vraag van de Vlaamse Gezondheidsraad subsidieert minister Demeester-De Meyer voor het ogenblik een literatuurstudie om de financiële stromen in de Belgische gezondheidszorg in kaart te brengen. Deze studie wordt uitgevoerd door het VVI in samenwerking met de Christelijke Mutualiteiten. We hopen tegen 1 mei 1998 klaar te zijn. Het zou ook interessant zijn om de OESO-enquête te actualiseren. Het parlement lijkt me dan binnen onze democratie het aangewezen orgaan om een debat rond deze cijfers te voeren.

De vooruitgang van de geneeskunde maakt hoe dan ook dat de statische ziekenhuisorganisatie aan een grondige herdenking toe is. Het ziekenhuisbeleid moet passen in een globaal Vlaams gezondheidsbeleid. Voor elke patiënt moet uit het globale pakket van aangeboden zorg de meest optimale zorgvorm kunnen worden geselecteerd. De keten van de zorgaanbieders moet een geïntegreerd zorgsysteem aanbieden. Het is echter niet alleen op het kruispunt van intramurale en extramurale zorg dat de nodige afspraken over verwijzing en over een geautomatiseerd centraal medisch dossier zullen moeten worden gemaakt. Nu worden ziekenhuizen gestimuleerd om patiënten op te nemen en te houden. Het gaat echter niet op dat degene die een patiënt verwijst naar elders, hiervoor in de eerste plaats zelf financieel gepenaliseerd wordt. Met de financieringsregels van vandaag kan dit echter zo zijn. Efficiënte netwerkvorming vergt ook een grondige kennis van de zorgomgeving. Registratie en validatie van activiteitsparameters zijn dan ook onontbeerlijk.

Als alternatief voor de achterhaalde beleidsprincipes van de federale overheid, is door de Vlaamse minister een nieuw ziekenhuisconcept voorgesteld. De krachtlijnen in verband met erkenning en financiering zal ik hier niet herhalen. U vindt ze in mijn tekst.

Op federaal niveau werkt men overigens ook aan een nieuw ziekenhuisconcept. De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen heeft al een tiental programma's uitgewerkt en bezorgd aan de minister van Sociale Zaken. Per programma wordt een instapdrempel vastgelegd die als basis zal dienen voor de verdeling van de programma's onder de ziekenhuizen. Na een behoeftestudie zullen de programma's ingevuld worden, waarbij men zal nagaan hoe de verschillende ziekenhuizen kunnen samenwerken.

Hoe past het federaal verhaal in de Vlaamse context ? Er zijn al een aantal federale wetten die nog verder moeten worden ingevuld. In de programmwet van 21 december 1994 werd de notie associatie in de ziekenhuiswet ingevoerd. Bij koninklijk besluit van 25 april 1997 werd een formeel kader vastgelegd inzake de normen waaraan een ziekenhuisassociatie moet voldoen. De erkenning van de associaties is een Vlaamse bevoegdheid. Het volmachtsbesluit van 25 april 1997 tot reorganisatie van de gezondheidszorgen geeft een aanzet tot de concrete invulling van het nieuwe concept. Het behelst onder meer ook de mogelijkheid tot forfaitarisering van honoraria en geneesmiddelen. Dat zijn gevoelige punten !

Waarom stellen wij dat het einde van de tunnel een Vlaamse aangelegenheid zal zijn ? Er moet ook op federaal vlak nog heel wat gebeuren. De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen heeft zijn opdracht nog niet volbracht. Andere programma's wachten nog op omschrijving. De financiële vertaling moet ook nog gebeuren. Maar er is in de eerste plaats nood aan een mentaliteitswijziging. De ziekenhuiswet, die al meer dan dertig jaar gestoeld is op de beddenfilosofie, zal nu moeten omgezet worden in functie van programma's en modules. Die reconversie is uitermate complex. Op juridisch vlak is er de impasse inzake de samenwerkingsvormen tussen de openbare en de private ziekenhuizen. Die samenwerking lukt in vele gevallen niet wegens het ontbreken van een soepele OCMW-wetgeving.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey, voorzitter : Wij hopen u te mogen verwelkomen op de hoorzitting over de nieuwe OCMW-wetgeving.

Dokter Carine Boonen : Op het vlak van de investeringsdossiers staat Vlaanderen al heel ver. Het VIPA-decreet regelt de financiering van de nieuwe investeringen. Elk ziekenhuis moet bij een uitbreiding of bouwplan een zorgstrategisch plan opstellen. Hiertoe werd recentelijk de zorgstrategische commissie geïnstalleerd. De Vlaamse Gemeenschap maakt hier haar bevoegdheden waar. Men denkt te snel dat die beperkt zijn tot het verlenen van erkenningen.

Alle politieke knelpunten – de defederalisering van de gezondheidszorg, de transfers, de ongelijke financiering – zij zullen een oplossing vinden door de kern van het probleem aan te pakken, met name de homogene organisatie van de gezondheidszorg, vertrekkende vanuit de noden van de patiënt. Waar in de zorgketen de patiënt zich ook aanbiedt, hij moet de garantie krijgen dat hij toegang krijgt tot de voor hem zo optimaal mogelijke behandeling. Door dit nieuwe concept wordt hier tevens een belangrijke stap voorwaarts gezet.

De heer Bart Vandendriessche : De associaties kunnen inderdaad de opstap vormen naar een nieuw ziekenhuisconcept. Welke bestaan er al ? Zijn ze al operationeel ?

Dokter Carine Boonen : Associaties – minifusies tussen een aantal diensten – zijn het alternatief voor het alles of niets verhaal van groepering of fusie. Er is een wetgevend kader, maar de financiering is nog niet afgerond. Dit zorgt voor onzekerheid. Het idee zelf is positief onthaald, maar de concrete invulling laat nog op zich wachten. Daarnaast besloot men op federaal niveau dat ziekenhuizen die niet aan het beddenaantal voldoen, voor 1 januari 1998 moeten fusioneren. Het betrokken besluit werd later vernietigd door de Raad van State, maar onlangs in ere hersteld. Dat alles heeft de mogelijkheid die de associaties boden, wat op de achtergrond geplaatst en de onzekerheid in de hand gewerkt.

MIDDAGVERGADERING

6. Uiteenzetting door dokter Louis Tielemans, voorzitter van de Belgische Vereniging van Ziekenhuizen

Dokter Louis Tielemans : Ik dank het Vlaams Parlement voor de uitnodiging. Ik heb begrepen dat de voorliggende tekst niet is opgesteld door een adviesraad of door het kabinet, maar door een

denkgroep ad hoc die aangesteld is door het kabinet. In de inleiding wordt ernaar verwezen dat andere denkgroepen andere problemen behandelen. Daarover hebben we echter geen informatie gekregen. Het probleem wordt daardoor geïsoleerd bekeken.

Het voorliggende document is interessant : er wordt ingegaan op actuele gesprekken die plaatsvinden op federaal en gemeenschapsniveau. Nieuw is dat wordt gestreefd naar eenheid in de financiering, tegenover een duale ziekenhuisfinanciering met enerzijds een ziekenhuisbudget en anderzijds de honoraria. Heel wat bevoegdheden waarop de tekst betrekking heeft zijn al jaren in Vlaamse handen : de individuele programmering en erkenning van diensten en ziekenhuizen en de toelatingen tot bouw of reconversie van het aanbod via de subsidiëring van de werken. Andere bevoegdheden zijn nog steeds federaal, zoals de organieke wet, de ziekteverzekering met inbegrip van de honorering van de artsen en de financiering van de ziekenhuisexploitatie.

De tekst raakt deze materies aan, maar niet volledig. In het document wordt nauwelijks aandacht besteed aan ziekenfondsen : zelfs de privé-verzekeringen krijgen meer aandacht. Dit is een eerste zwak punt van de nota : nergens wordt vermeld in welk organisatorisch en financieel systeem van gezondheidszorg men wenst te werken : in het bestaande mutualistisch-sociale systeem, in een concurrentieel systeem zoals in de Verenigde Staten of in een door de staat gesubsidieerd verzekeringssysteem zoals in het Verenigd Koninkrijk. Als we blijven kiezen voor een sociaal en solidair verzekeringssysteem, is de vraag welke rol we aan de verzekeringsorganismen wensen te geven. Mogen ze enkel instaan voor uit- of terugbetaling, of moeten ze ook organisatorische taken krijgen : moeten ze bijvoorbeeld kunnen beslissen over de opportuniteit van de zorgen door al dan niet terug te betalen ? Moeten ze toelating geven tot het tekenen van individuele contracten met de verstrekkers ? Moeten ze betrokken worden bij de uitvoering en het advies over de regelgeving en de prijsbepaling door de overheid ? Duidelijkheid is nodig. Vooral omdat in de tekst toch heel wat aandacht wordt besteed aan het financiële aspect.

Als er geen verandering komt in de bestaande situatie, hoe zullen de financieringsstromen in de ziekenhuissector dan in de toekomst verlopen ? De terugbetaling van kosten gebeurt momenteel via een prestatievergoeding : betaling voor een dag patiëntenverblijf of terugbetaling via de medische prestatielijst of nomenclatuur. In de tekst wordt

niet uitgeweid over het moeizaam administratief verloop. Nochtans gaat het om een fundamenteel probleem : België is wereldwijd zowat het laatste land dat werkt met een prestatiegericht systeem. De ziekenhuisfinanciering is weliswaar gebudgetteerd, maar wordt uitbetaald door het realiseren en terugbetalen van individuele patiëntenverblijven per dag. Dit is een ingewikkeld en weinig transparant systeem dat aanleiding geeft tot de mogelijkheid van late betalingen en het daarna aanrekenen van de kosten van kaskredieten. De uitbetaling van het budget zou beter in twaalfden gebeuren, zoals in andere Europese landen. De ziekenhuisverzekering kost handenvol geld dat vooral de banken en niet de patiënten ten goede komt.

De kerngedachten van de tekst zijn : patiëntenprogramma's, netwerkvorming en de verdere integratie van de geneesheren in het ziekenhuis. De overheid laat in veel gevallen het initiatief aan de instellingen. Ze trekt zich terug uit de initiële aanbodsregulering. Toch behoudt ze een alleenrecht over de subsidiëring van nieuw- of vernieuwbouw, de erkenning van programma's, netwerken enzovoort. Er is geen plaats voor dialoog met of advies door de sector. Enkel de bestaande negatieve procedure in geval van geschillen blijft behouden. Dit is een slechte keuze. In Nederland is men al vlug teruggekomen op de afschaffing van de adviesmogelijkheden : er vinden opnieuw feitelijke en informele gespreksrondes plaats die uitgaan van de overheid. Wellicht is de beperkte ad hoc-groep die het voorliggende document opstelde een Vlaams experiment terzake.

In het VIPA-decreet wordt aan de instellingen gevraagd om in een masterplan de toekomstplannen te beschrijven. Sinds 1997 wordt bovendien gevraagd naar een bijkomend zorgstrategisch plan. De ziekenhuizen laten zich vaak helpen door studie bureaus. In de praktijk functioneert het VIPA-decreet moeilijk. Het moest ondertussen bijgevoegd worden. Tot nu toe werden slechts twee proefdossiers behandeld. De procedure is blijkbaar te technisch en te bureaucratisch. Zal de overheid door nog nieuwe eisen te stellen de zaak niet nog ambitieuzer en moeilijker stellen ? Een nieuw uitsel van investeringsbeslissingen zal wellicht het gevolg zijn. Wordt door overheid en ziekenhuizen niet nodeloos naar dezelfde studie- of consultingbureaus verwezen om de klus voor te bereiden ? Worden niet zij alleen er beter van ?

De minister zegt dat de voorkeur uitgaat naar overlegde planning. Gebeurt dit wel in de praktijk ? De beslissing dreigt vooral te liggen bij de

alleenmacht van de overheid. De eenzijdige afschaffing van een adviesraad is typerend.

Dit document werd eenzijdig neergelegd. De documentatie en de premissen die geleid hebben tot dit model ontbreken. Wel werd de laatste jaren een vrij algemene peiling besteld bij Arthur D. Little over de toekomstige zorg- en infrastructuurbehoeften op ziekenhuisniveau in Vlaanderen.

Er ontstaat een situatie waarbij de individuele ziekenhuizen de initiatiefnemers zijn van het systeem. Tegenover welk gewenst aanbod, welke bestaande middelen zij hun voorstellen moeten uitschrijven, is niet duidelijk. De overheid beslist over de ontvankelijkheid van de stukken, en over de timing van de realisatie via erkenningen, subsidiebeslissingen en toelatingen. Dat de daarbij gehanteerde regels niet duidelijk zijn, geeft aanleiding tot rechtsonzekerheid. De vraag is of het beleid in Vlaanderen – ook binnen de huidige bevoegdheden – wel geïnteresseerd is in een reële dialoog met het middenveld. Persoonlijk mis ik een doorzichtige, opbouwende procedure.

Ziekenhuisactiviteiten worden in het document omschreven onder de vorm van patiëntenprogramma's en niet meer via de meer structurele beschrijving van diensten. Deze formule werd federaal al uitgewerkt, en nu overgenomen. Reeds in 1996 werd in de federale wetgeving het concept gebaseerd op ziekenhuisfuncties. Er wordt gerekend op afspraken tussen ziekenhuizen over patiëntenprogramma's, die zo een netwerk gaan vormen.

Concentratie wordt verwacht en gewenst, weliswaar rekening houdend met een adequate spreiding van de basisvoorzieningen. Wordt de patiënt niet geïsoleerd en vergeten ten opzichte van grote conglomeraten die in een streek een monopolie over de tweedelijnszorg kunnen verwerven? In Nederland hebben we gezien dat bij fusie de ziekenhuizen hun primaire taken gaan verwaarlozen om zich steeds meer toe te leggen op zware diagnostiek en moeilijke heilkunde. Wij zien dit ook in Vlaanderen al op enkele plaatsen gebeuren.

Waar de tekst het heeft over de voor de patiënt nodige zorg, groeit het gevaar voor overmedicalisering, voor autarkisch gedrag en voor de selectie van patiënten, waarbij niet-interessante patiënten, zoals armen of chronisch zieken, geen verzorging meer krijgen. Ook in Vlaanderen zien we in instellingen in de grote agglomeraties – het Antwerpse Stuyvenbergziekenhuis bijvoorbeeld – specifieke pathologieën, met patiënten die elders niet terecht kunnen. Om de toegankelijkheid van de zorg veilig

te stellen, moet die in de eerste plaats aangeboden worden. Het beleid moet erop toezien dat het aanbod overeenkomt met de behoeften van de patiënt. Of wordt dit overgelaten aan de concurrentie, lokale initiatieven of de aandacht van de overblijvende ziekenhuizen?

In het document worden netwerken besproken als een vorm van samenwerking. De tekst vraagt een billijke verdeling van taken in het netwerk. Is dit realistisch bij losse samenwerkingsvormen? En moet er niet gekeken worden naar de verdeling van de taken tussen de netwerken? Het is een Belgisch probleem dat iedereen altijd alles zelf wil doen. Kan de overheid deze beslissingen zo maar overlaten aan het veld? Het document geeft hierover geen rechtszekere richting. De tekst is wat de financiering betreft positief waar hij kiest voor de integratie van het ziekenhuisbudget en de honorering van de artsen. Wat opvalt is de andere stijl van dit hoofdstuk over de financiering. Er is geen positief gerichte inleiding ter verduidelijking van de keuzes. Soms is de tekst te simplistisch: onderzoek en ontwikkeling, en onderwijskosten zijn een complexe materie. Waarom werd niet verwezen naar Nederland, waar er hierover goede beschrijvingen zijn?

Ook de benadering één prijs voor één product is te eenvoudig. De ene dialysepatiënt is de andere niet, en ook in Vlaanderen heeft niet elke patiënt evenveel kans op een transplantatie. De beschrijving van de dynamiek van de ziekenhuisfinanciering is dan weer erg instellinggericht.

In het voorgestelde systeem volgt de financiering de patiënt. Kiest men hier voor een financiering per patiënt en per pathologie, of kiest men voor de betaling van bijvoorbeeld een profiel? Vooral als de binding met de extramurale praktijk moet verzekerd worden, is deze vraag aan de orde.

Tot slot: hoe krijgt men een volledig en vergelijkbaar beeld van de financiële realiteit? Is de eigenaar van het ziekenhuis ook de exploitant? In hoeverre vergelijkt men een geïntegreerd ziekenhuis met een waar de geneesheren extern erg actief zijn?

Mevrouw Yolande Avontrodt: Ik heb de indruk dat er meer gereguleerd zal worden, in plaats van het anders reguleren waarover de tekst het heeft. En dit ondanks de tendens naar zelfresponsabilisering en de verhoging van de werkdruk.

Mijn tweede bedenking gaat over de integratie van de financiering van de zorgverstrekkers. Als er

meer forfaitair gefinancierd wordt, verhoogt dat dan niet het risico op discussie tussen het beheer en de zorgverstrekkers, en tussen de verstrekkers onderling ?

Dokter Louis Tielemans : Dat is een moeilijkheid die we inderdaad niet mogen onderschatten, en het document is daarover zeer voorzichtig, in die zin dat het weinig duidelijke antwoorden biedt. Het is wel belangrijk dat we een richting aangeven. Het probleem met de federale situatie is dat ze erg verward is : men doet een stap naar links, en dan weer een naar rechts, zonder te weten waar men gaat uitkomen. Een voorbeeld : de federale regering stopt meer in het forfaitsysteem, zoals de radiologie, waarna de commissie geneesheren-ziekenfondsen het zo draait dat de prestatie voor twee derden behouden blijft, met alle mogelijkheden tot manipulatie van dien. Het loont de moeite naar de Nederlandse situatie te kijken, omdat de problemen niet zo verschillend zijn. De heer Biesheuvel heeft de discussie opnieuw op gang gebracht, en in Nederland is men nu bij de fase beland van de realisatie van de overstap : men geeft aan de ziekenhuizen wat vroeger in de prestaties zat, en de discussie wordt via de ziekenhuizen gevoerd. Dit is een interessant experiment, dat we zeker moeten opvolgen. Het probleem is de binding met de extramurale verzorgingsvormen, wanneer deze op een heel andere manier gefinancierd worden. Men kan het principe lanceren en er verder in dialoog met de sector aan werken. Misschien is het ook nog te vroeg, omdat Vlaanderen nog niet over alle bevoegdheden beschikt. Volgens mij zijn er alleszins nog een pak vragen.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey, voorzitter : De Vlaamse Gezondheidsraad heeft over deze conceptnota nog geen discussie gevoerd.

Mevrouw Yolande Avontroodt : De Vlaamse Gezondheidsraad is niet representatief voor alle mensen op het terrein. Zijn standpunt kan enkel een aanvulling betekenen.

Dokter Louis Tielemans : Ik ben lid van de Vlaamse Gezondheidsraad. Een werkgroep is momenteel bezig met het bespreken van de nota. De Vlaamse Gezondheidsraad is heel heterogeen samengesteld en heeft uiteenlopende opdrachten. Hij werkt vooral rond andere thema's en is niet zozeer met de punten uit dit document bezig. Deontologisch kan ik daar niet veel meer over zeggen. Ik vraag me wel af of dit wel de goede oplossing is.

7. Uiteenzetting door dokter Jos Bollen, hoofdgeneesheer Psychiatrisch Ziekenhuis Sancta Maria Sint-Truiden, voorzitter Vlaamse Vereniging Zenuwartsen

Dokter Jos Bollen : Ik bekijk het document vanuit de geestelijke gezondheidszorg.

Opvallende krachtlijnen in het nieuwe concept zijn de opdeling in lijnen en opdrachten – diagnoses en ingrepen -, die gevat zijn in een hiërarchisch georganiseerde structuur : van eenvoudige naar heel gespecialiseerde behandelingen. Bovenaan staat de somatische gezondheidszorg. Die gaat van een breed topniveau naar een ver doorgedreven specialisatie.

De geestelijke gezondheidszorg kan zich in dit concept, hoe verantwoord ook voor de somatische zorg, niet terugvinden. Er zijn immers tal van verschillen tussen somatisch en psychisch ziek zijn. Om de zorg goed te organiseren, uitgaande van de behoefte van de patiënt, moet men zich dus afvragen wat psychisch ziek zijn betekent.

Behalve een medisch-biologische invalshoek, hanteert de psychiatrie ook de psychosociale invalshoek. Wij hebben het over het zogenaamd bio-psycho-sociaal model. De oorzaken van psychiatrische problemen zijn complex. Een multidisciplinaire behandeling is daarom noodzakelijk. De behandeling hangt samen met de toestand van de patiënt en kan dus heel verschillend zijn. Het kan gaan om een crisisbehandeling, om het stellen van een juiste diagnose, om een behandeling op korte of op lange termijn, om revalidatie en rehabilitatie. Het gaat van thuiszorg naar intramurale zorg en over transmurale weer naar extramurale zorg.

Vanuit dit gegeven is de geestelijke gezondheidszorg anders georganiseerd dan de somatische gezondheidszorg. De geestelijke gezondheidszorg heeft geen diagnosegebonden hiërarchische structuur nodig, maar wel een zorgcircuit van verschillende gelijkwaardige partners die naadloos op elkaar aansluiten. Zij staan in voor een continu en aangepast zorgaanbod. Ook het begrip netwerk wordt in dit verband gebruikt, maar heeft hier een andere betekenis dan wat in de nota staat.

Afhankelijk van de doelgroep zijn er verschillende partners nodig. Er zijn er minstens drie : het algemeen psychiatrisch ziekenhuis, de psychiatrische afdeling binnen een algemeen ziekenhuis en het centrum voor geestelijke gezondheidszorg. De doelgroepen zijn verschillend. Het kan gaan om volwassenen met behoefte aan een diagnose en een

kortetermijnbehandeling of volwassenen met nood aan behandeling en revalidatie op lange termijn, kinderen met psychiatrische problemen, bejaarden met psychiatrische stoornissen, verslaafden of mentaal gehandicapten met psychiatrische stoornissen.

Verder zijn er specifieke zorgcircuits voor patiënten met eetstoornissen, forensische, sterk gedragsgestoorde en agressieve patiënten enzovoort. Met een geëigend circuit kan men hulp opzetten, in functie van de doelgroepen. Een bijkomende reden om de geestelijke gezondheidszorg in circuits van gelijkwaardige voorzieningen te bekijken, is de nood aan een continue zorg. De somatische gezondheidszorg verloopt vaak puntvormig en discontinu. Bij psychiatrische stoornissen wordt vooral op lange termijn gewerkt. Puntvormige zorg in de psychiatrie is duur en mist continuïteit. Wanneer men een schakel uit het circuit haalt, dan vermindert de efficiëntie sterk. In het buitenland zagen we daar voorbeelden van. Het sluiten van verouderde instellingen, zonder te voorzien in andere centra, was er rampzalig. Ernstig zieke patiënten kwamen op straat, in centra voor daklozen of in gevangenissen terecht. Nederland is een beter voorbeeld. Daar zijn alle geleidingen van de geestelijke gezondheidszorg in een vernieuwde vorm blijven voortbestaan.

De financiering van dit systeem dient niet diagnosegebonden te gebeuren, maar opdracht- en activiteitgebonden. De psychiatrische patiënt wordt expliciet uitgesloten van bepaalde privé-verzekeringen, en dit terwijl de verhoogde remgelden voor deze patiëntengroepen reeds nu drempelverhogend werken.

Tot besluit wil ik drie stellingen poneren. De geestelijke gezondheidszorg vereist een eigen organisatiestructuur en mag niet automatisch worden meegenomen in het concept van de algemene gezondheidszorg, dit wegens de eigen karakteristieken van het geestelijk ziek zijn.

Voor het projectmatig implementeren van instellingsoverschrijdende netwerken binnen de geestelijke gezondheidszorg, bestaat, zoals blijkt uit de interministeriële conferentie begin dit jaar, reeds nu een engagement. Daarbij lijkt het me dat het door de werkgroep voorgestelde erkennings- en financieringssysteem, voor zover het behoeften- en activiteitsgebonden is, kan aansluiten op het daarvoor de geestelijke gezondheidszorg voorgestelde model.

Toch vereist het uitwerken van deze aparte organisatiestructuur voor de geestelijke gezondheidszorg

eigenlijk een aparte werkgroep. Dit doet geen afbreuk aan de verdiensten van de werkgroep voor de organisatie van de algemene gezondheidszorg.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Het is terecht dat de geestelijke gezondheidszorg grote aandacht krijgt. Het gaat om een sector waar de productiviteit niet kan worden opgedreven. Wat zijn de grootste noden in deze sector ?

Dokter Jos Bollen : We maken een wijziging door van hospitalocentristisch denken naar een ruimere benadering. In plaats van instellingsgericht te denken, hanteren we meer en meer een behoeftegerichte benadering. We willen meewerken om dit te doen binnen een haalbaar budgettair kader.

Men moet zich ervoor hoeden een van de doelgroepen, op basis van de actualiteit of van de last die ze veroorzaken, als prioritair voorop te stellen. Ik denk bijvoorbeeld aan de forensische patiënten. De reorganisatie mag niet leiden tot een verschuiving van de evenwichten waarbij minder mondige patiënten, die vaak langer zorg nodig hebben, naar de tweede plaats dreigen verschoven te worden. Er is een teneur in de nota om te pleiten voor kortdurende zorg. Men meent dat er op die manier besparingen mogelijk zullen worden. De geestelijke gezondheidszorg meent dat dit een verkeerde redenering is.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey, voorzitter : De verdere opvolging van de geestelijke gezondheidszorg kan het onderwerp zijn van een afzonderlijk debat.

8. Uiteenzetting door dokter Robert Rutsaert, voorzitter specialistenvleugel Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België (ASGB)

Dokter Robert Rutsaert : Het is een goede zaak dat de voorliggende beleidsnota bestaat. Een langetermijnplanning voor de structurering, de financiering en de functieomschrijving van de ziekenhuissector is immers noodzakelijk. Het is goed dat er in dat verband een aantal principes duidelijk worden uiteengezet. Op dit ogenblik worden er op federaal niveau enkel ad hoc-oplossingen uitgewerkt voor acute problemen.

Hoe verdienstelijk het werk van de werkgroep ook is, toch betreuren we dat deze groep niet voorgedragen werd door de geleidingen van de sector zelf, maar wel door het kabinet van de minister. De samenstelling van de werkgroep riep op zich al

weerstand op vanwege mensen op het terrein. Dit wekt ook wantrouwen op voor de toekomst. Men zou bepaalde beleidslijnen aanhouden. Wij vrezen echter dat het lobbyisme verder zijn werk zal blijven doen.

Mijn commentaar over de inhoud van het werk zal ik beperken tot enkele topics. De Vlaamse overheid gaat ervan uit dat de gezondheidszorg al gedefederaliseerd zal zijn tegen het ogenblik dat deze aanbevelingen moeten geconcretiseerd worden. Onze vereniging is een voorstander van de defederalisering van de gezondheidszorg : elke gemeenschap moet zelf haar eigen accenten terzake kunnen bepalen. Bovendien is defederalisering de enige manier om een correcte financiering van de gezondheidszorg te bereiken ; de bestaande transfers nemen immers nog toe.

We gaan akkoord met de meeste punten in het nieuwe concept. Het ziekenhuis wordt meer en meer ingebed in de volledige gezondheidszorg, die de hospitalisatie, de semi-ambulante zorg, de dag-hospitalisatie en de ambulante zorg omvat. Dit vergt taakafspraken tussen de eerste en de tweede en tussen de tweede en de derde lijn. Onze principes over echelonnering zijn trouwens voldoende bekend.

We zijn het ermee eens dat er moet gestreefd worden naar een schaalvergroting van de ziekenhuizen. We menen dat de kleine ziekenhuizen ten dode opgeschreven zijn. Deze ziekenhuizen zijn niet goedkoper. Het zijn bovendien niet de beste artsen die er solliciteren. Men kan er niet aan de moderne technologische behoeften blijven voldoen. Jonge artsen, die met de moderne technologie vertrouwd zijn, kunnen zich hiermee niet verzoenen. Deze ziekenhuizen verliezen een steeds groter marktaandeel aan de grotere ziekenhuizen. We willen de artsen die in de kleine ziekenhuizen werken niet broodroven. We denken echter dat deze artsen nu al gebroodroefd worden. De fusiebeweging is al volop aan de gang.

We mogen echter evenmin evolueren naar mastodontziekenhuizen. Wat is eigenlijk een leefbaar ziekenhuis ? Nu is de grens daarvoor op 150 bedden vastgelegd. De grotere ziekenhuizen worden echter steeds minder performant voor het deel B1 van de verpleegdagprijzen. We mogen ook de concurrentie niet volledig uitsluiten. In bepaalde regio's worden er nooit verslagen van specialisten doorgestuurd naar de huisartsen. Dit gebeurt vooral in regio's waar er slechts één ziekenhuis is. Daardoor kunnen de specialisten zich veroorloven de relatie met de huisartsen niet te verzorgen.

De verschillende statuten van de ziekenhuizen worden in de beleidsnota aangeraakt, maar niet verder uitgewerkt. We zijn voorstander van een eenvormig statuut voor alle ziekenhuizen. Ieder ziekenhuis moet dezelfde sociale opdracht en dezelfde financiering kennen. Op dit ogenblik is het niet enkel in de privé-ziekenhuizen dat er een supplement op de honoraria wordt gevraagd. In Antwerpen moeten niettemin de niet solvabele patiënten verplicht overgebracht worden naar OCMW-ziekenhuizen. Op het beheersniveau is er een bijkomende discriminatie. Verlieslatende OCMW-ziekenhuizen kunnen hun verliezen verhalen op het OCMW, privé-ziekenhuizen zijn verplicht daarvoor extra honoraria aan te rekenen.

Wat ik mis in de tekst is een omschrijving van de rol van het beheer. Nochtans is dit één van de belangrijkste en meest dringende problemen. Er zijn op dit ogenblik een twaalfstal organisaties die de artsen op verschillende niveaus controleren. Geen enkele tekst heeft het echter over de vereisten die gesteld worden aan een beheerder. In een bepaald ziekenhuis is de lokale postbode voorzitter van de raad van beheer. Nochtans wordt er in een middelgroot ziekenhuis al gauw gewerkt met een budget van anderhalf tot twee miljard frank en worden er al vlug enkele honderden personeelsleden, waarvan vijftig tot honderd artsen, tewerkgesteld. Een dergelijk amateuristisch beheer is dan ook niet op zijn plaats.

Er zijn ook een aantal perversiteiten in de beheersstructuren. Sommige mensen hebben belangen in diverse ziekenhuizen. Nochtans gaat een beslissing in het ene ziekenhuis vaak ten koste van het andere. Sommige beheerders hebben belang bij het zetelen in de raad van beheer omdat ze betrokken zijn bij informaticabedrijven of bij consultingbureaus.

Er wordt veel gesproken over de integratie van de artsen in de ziekenhuizen. Ik ben daar trouwens ook een voorstander van. De privé-praktijken mogen blijven bestaan, maar voor de ziekenhuisarts moet het accent op de ziekenhuispraktijk liggen. Met het huidige beheer van de ziekenhuizen, kunnen de geneesheren daarvan echter niet overtuigd worden. Daarom kan er voorlopig geen sprake zijn van financiering met all-in budgetten.

Wij willen best een inspanning leveren, als daar tenminste de nodige garanties tegenover staan. Er zijn ziekenhuizen waar de dokters de apparatuur zelf betalen, zonder dat ze er eigenaar van zijn. De toestellen zijn eigendom van het ziekenhuis. In bepaalde gevallen moeten de dokters zelfs het

gebouw mee helpen betalen. Ik mis dit prangende probleem in de tekst.

In haar tekst pleit minister Demeester-De Meyer voor gemengde financiering. Voor ons betekent gemengde financiering dat er enerzijds per prestatie wordt betaald en anderzijds wordt voorzien in een forfaitaire betaling. Volgens minister Demeester-De Meyer is gemengde financiering een basisfinanciering aangevuld met een bijkomend bedrag volgens de activiteit en de ernst van de pathologie. We moeten begripsverwarring vermijden. Bovendien zal die basisfinanciering een aantal problemen veroorzaken, aangezien concurrentie hierdoor grotendeels uitgesloten wordt. Hoe gaat men dan in de toekomst kunnen kiezen welke ziekenhuizen blijven en welke moeten verdwijnen ?

Binnen de financiering van de gezondheidszorg in het algemeen zijn er verschillende mogelijkheden. Zowel artsen als beheerders moeten meer verantwoordelijkheid krijgen. Daartoe zie ik twee mogelijkheden : managed care of meer forfaitaire betalingen dan vandaag het geval is. Wat de eerste mogelijkheid betreft : ik ken de perverse effecten ervan. Kijken we maar naar wat de contractgeneeskunde in de Verenigde Staten met zich meebrengt. En voor wat de tweede mogelijkheid betreft, zijn wij voorstander van gemengde financiering. Wie de huidige prestatiebetaling geheel afschaft, moet weten dat dit nefast zal zijn voor de beschikbaarheid en inzet van onze artsen.

Pathologiefinanciering en zorgprogramma's zijn volgens ons al te simplistische voorstellen. Veel van onze patiënten zijn polypathologische bejaarden, die onmogelijk in één vakje ondergebracht kunnen worden. Zorgprogramma's kunnen geen basis vormen om de behandeling van bepaalde patiënten te financieren. Wij zijn absoluut niet tegen het model van de minimaal klinische gegevens (MKG), maar die gegevens worden op dit moment niet gecontroleerd. Wij weten dat ze perfect gemanipuleerd kunnen worden. Iets wat ook gebeurt.

Wij gaan akkoord met de principes van het concept. We weten echter maar al te goed dat alles afhangt van de technische uitwerking ervan. De principes moeten herkenbaar zijn in de tekst die uiteindelijk in het Belgisch Staatsblad verschijnt.

De heer Etienne De Groot : Als ieder ziekenhuis voor elke patiënt toegankelijk moet zijn, betekent dit dan dat de ethische comités steeds pluralistisch moeten zijn ?

Dreigen we niet in Nederlandse toestanden terecht te komen, waarbij de plaats van de patiënt op de wachtlijst afhankelijk is van zijn economisch belang ? Zullen al deze verschuivingen geen zorgverzuim veroorzaken ? De huidige Europese ontwikkelingen voeden deze vrees.

Dokter Robert Rutsaert : Uw eerste vraag gaat over een maatschappelijk probleem, waarover het Parlement zich moet uitspreken. Volgens mij moet de raad van beheer van een ziekenhuis een emanatie zijn van de gemeenschap. De raad moet zich beperken tot toezicht, terwijl het dagelijkse management aan de directie en de artsen toekomt. Hoe die raad moet worden samengesteld is een moeilijke vraag. Het verschil tussen beheerder en eigenaar is niet altijd duidelijk. Het ziekenhuis waar ik werk staat op grond die eigendom is van een congregate. De zusters van die congregatie zijn daardoor lid van de raad van beheer. U begrijpt dat het in ons geval moeilijk is om pluralisme te bepleiten.

De heer Etienne De Groot : Ik had het niet over de raad van beheer, wel over de ethische comités. Als iedereen toegang moet krijgen tot een ziekenhuis, is het dan niet logisch dat de ethische comités pluralistisch wordt samengesteld ?

Dokter Robert Rutsaert : Op termijn is dit allicht de beste oplossing. Toegankelijkheid betekent wel nog niet dat in alle ziekenhuizen dezelfde procedures moeten zijn. Zelfs ziekenhuizen waar richtlijnen zijn om geen abortussen uit te voeren, moeten patiënten die erom vragen, opvangen. Ze mogen ze niet afwijzen en moeten ze doorverwijzen.

In België 'rantsoeneert' men al enkele jaren. Bepaalde geneesmiddelen worden om economische redenen niet gefinancierd. De terugbetalingscriteria kunnen de evolutie van de wetenschap niet bijhouden.

Ik aanvaard dat we keuzes moeten maken omdat de middelen schaars zijn. Maar als ik dan zie hoe in bepaalde regio's wordt omgesprongen met de schaarse middelen, dan vind ik dat we dat eerst moeten aanpakken.

9. Uiteenzetting door dokter Dirk Himpe, afdelingshoofd cardio-anesthesie A.Z. Middelheim, Vlaamse Artsen Syndicaat (VAS)

Dokter Dirk Himpe : Ik vervang mijn collega dokter Van Cauwelaert, die zich laat verontschuldigen.

In Vlaanderen is het beter gesteld met de volksgezondheid dan in Wallonië. De gezondheidszorg in Vlaanderen is bovendien goedkoper dan bij onze burens. De patiënt heeft een vrije keuze en er zijn geen wachttijden zoals in Nederland of in Groot-Brittannië. Een bruuske overgang naar een Vlaams ziekenhuisconcept is dus niet wenselijk : we kiezen voor geleidelijkheid. Ons uitgangspunt is dat de patiënt centraal moet staan. Iedereen heeft recht op de nodige zorgen. De arts beoefent een vrij beroep. Dat moet zo blijven.

In het voorliggende document wordt op pagina 6 een mentaliteitsverandering gevraagd van de patiënt : is er wetenschappelijk onderzoek gebeurd naar de bestaande en naar de wenselijke mentaliteit ? Blijkbaar moet het publiek zich aanpassen aan het beleid en niet omgekeerd. Uit het document blijkt ook dat de overheid over alles zelf zal beslissen : zo zullen er nieuwe opdrachten aan ziekenhuizen worden opgelegd en zal de overheid bepalen welk ziekenhuis welke programma's moet aanbieden. Hoe zit het dan echter met de individuele aansprakelijkheid en met de verantwoordelijkheid van de medicus tegenover de beleidsfouten die gemaakt worden ten gevolge van een schaarste aan middelen ? Op pagina 9 wordt het maatschappelijke belang centraal gesteld : de patiënt moet geleidelijk ervaren dat niet alles mogelijk is. Met andere woorden : de patiënt staat allesbehalve centraal. Hoe zal de overheid bepalen of artsen binnen de budgettaire beperkingen werken en of ze niet aan negatieve patiëntenselectie doen ? Het document biedt onvoldoende garanties : 'slechte' (dure) patiënten zullen uit de boot vallen.

In het document wordt het streven naar een horizontale structuur als een dogma naar voren geschoven. De opsplitsing in specialisaties is historisch gegroeid. Door deze splitsing zijn specialisten verplicht om samen te werken. Er bestaat dus al een horizontale structuur. Als alles wordt geglobaliseerd rijzen juridische vragen in verband met burgerlijke aansprakelijkheid en verantwoordelijkheid van een groep.

De discussie over de integratie van artsen wordt beperkt tot een discussie over de confiscatie van het honorarium. We zijn tegenstander van een bediendestatuut. De kosten voor wachtgeld en enzovoort zullen zo hoog oplopen dat werken met een bediendestatuut duurder wordt dan de huidige regeling. Het VAS promoot samen met het NCMV het vrije beroep. De essentie van een vrij beroep is de persoonlijke dialoog. Dit is de beste garantie voor kwaliteit. De vrije keuze van de arts door de patiënt is essentieel. Daartoe is een vrij statuut

onontbeerlijk. Het honorarium is de beste garantie voor de zorgvragende.

Positief aan het document is de aandacht voor extramurale begeleiding, de kritische benadering van universitaire ziekenhuizen, de regulering van het aanbod van zorgverstrekkers, de voorstellen tot publicatie van de resultaten van behandelingen in de verschillende ziekenhuizen en ten slotte het streven naar dezelfde prijs voor eenzelfde product.

We stellen ons vragen bij het pleidooi voor 65 tot 70 ziekenhuizen. We zijn tegenstander van een consolidatie in netwerken. We verkiezen een dynamisch geheel boven verstarring en paternalisme. Hoe is men tot het vooropgestelde aantal gekomen ? Waarom zou het aantal optimaal zijn ? Ik heb de indruk dat het decreet te veel geïnspireerd is door de ideeën van het welbekende ziekenhuis op de berg, waarvan het debacle intussen wel duidelijk geworden is.

We hopen dat een en ander op Vlaams niveau beter zal geregeld worden dan op federaal niveau. Het voorliggende document voorspelt echter weinig goeds. Het belang van de patiënt wordt ondergeschikt gemaakt aan het collectieve belang. Er is te weinig overleg gepleegd. De representatieve artsenorganisaties werden niet bij het opstellen van het document betrokken. De integratie van de artsen wordt te veel beperkt tot een confiscatie van de erelonen. We zijn tegenstander van gedirigeerde netwerken. Het is dogmatisch om te stellen dat een horizontale structuur beter is.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Biedt het document voldoende garanties voor gelijke zorg voor een gelijke prijs ?

Dokter Dirk Himpe : Er worden niet voldoende garanties geboden, maar we zijn al blij dat de redenering ten minste aanwezig is. Tussen Noord en Zuid bestaan er momenteel blijkbaar grote verschillen : van hetzelfde werk voor dezelfde prijs is geen sprake. Ook in Vlaanderen zijn sommige ziekenhuizen veel duurder dan andere voor eenzelfde behandeling. Ik denk hier bijvoorbeeld aan de variatie die bestaat tussen universitaire en algemene ziekenhuizen.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Ik had nog een vraag die daarbij aansluit, met betrekking tot de continuïteit van de zorg. Vindt u in de tekst voldoende waarborgen voor de extramurale specialist ? En wat kan de rol nog zijn van de polyklinieken ?

Dokter Dirk Himpe : Het is goed dat de extramurale specialist aandacht krijgt in het document. Wij mogen deze praktijk zeker niet afschaffen. De dienstverlening aan de patiënt is hier soms beter, en eventueel zelfs goedkoper.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Is er nog plaats voor technische prestaties buiten de ziekenhuizen ?

Dokter Dirk Himpe : De hoogtechnologische geneeskunde evolueert zeer snel. Nu kan al veel in een kabinet wat vroeger in een ziekenhuis moest gebeuren. Het is niet uitgesloten dat bepaalde technieken in een privé-kabinet mogelijk worden, het is zeer moeilijk zich uit te spreken over toekomstige ontwikkelingen. Maar er moet dan wel voldoende omkadering zijn : een gebrek aan materiaal en overleg met collega's kan leiden tot fouten waarvoor de arts veroordeeld kan worden.

De heer Etienne De Groot : Ik ben blij dat u het heeft over het juridische aspect van de geneeskunde. Er is op dat vlak een grote evolutie aan de gang, ook wat betreft de verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van de arts. Hoe kan een arts nog invulling geven aan het standpunt dat de patiënt moet behandeld worden volgens de stand van de wetenschap ? Wat als de ziekteverzekering dit tegenwerkt omdat ze bepaalde behandelingen niet wil terugbetalen ?

Onze geneeskunde is goedkoper dan die van andere landen, en zeker dan die van bijvoorbeeld de Verenigde Staten. Waarom stelt men het dan altijd voor alsof het water ons aan de lippen staat ? Moet er geen debat komen over de vraag hoeveel we aan onze gezondheidszorg willen besteden ?

Dokter Dirk Himpe : Ik ga akkoord met uw eerste opmerking over de juridische verantwoordelijkheid. De betaling van de prestaties wordt geregeld in een dirigistisch systeem, terwijl de verantwoordelijkheden door de markt geregeld worden. Het is niet uitzonderlijk dat men zich als arts moet verzekeren voor 200 miljoen frank, om de enorme schadevergoedingen te kunnen betalen. Als de verzekering tegengaat dat elke behandeling wordt uitgevoerd, bestaat inderdaad het gevaar dat de arts daarvoor aansprakelijk is.

Op uw tweede vraag kan ik moeilijk antwoorden, maar ik deel uw mening. Wij moeten in Vlaanderen beseffen dat we een goedkope gezondheidszorg hebben, en dat de beschikbaarheid van de artsen hier erg groot is. Ik vind niet dat wij te veel uitgeven aan gezondheidszorg.

10. Uiteenzetting door professor Ivo De Leeuw, diensthoofd interne geneeskunde Universitair Ziekenhuis Antwerpen

Professor Ivo De Leeuw : De plaats van de universitaire ziekenhuizen wordt nogal eens met cynisme en kritiek behandeld. Het positieve van het document is dat er tenminste over de plaats van het universitaire ziekenhuis gesproken wordt, al blijft discussie mogelijk over wat die plaats moet zijn. Het doel van universitaire ziekenhuizen verschilt van dat van algemene ziekenhuizen. Ik herneem de definitie van het document : een universitair ziekenhuis is een algemeen ziekenhuis met patiëntenzorg, maar heeft daarnaast nog specifieke opdrachten. Een eerste daarvan is de onderwijsopdracht. Het onderwijs in universitaire ziekenhuizen wordt vaak verkeerdelijk voorgesteld als gericht op technologische hoogstandjes ; wij staan ook in voor de vorming van de toekomstige arts. Daarnaast leggen wij ons toe op de vorming van de specialist en op de continue bijscholing die nodig is om de wetenschappelijke vooruitgang te vertalen voor de individuele practicus. Een andere opdracht is het wetenschappelijk onderzoek. Specifiek voor universitaire ziekenhuizen is dat zij een beroep kunnen doen op eigen laboratoria, vaak in de onmiddellijke omgeving van of op de ziekenhuiscampus.

Verder zijn wij bezig met de ontwikkeling van nieuwe technologieën. Een bemerking daarbij is dat die ook iets moeten opleveren, dat de technologieën een plaats moeten krijgen. Er moet een analyse gebeuren van de wetenschappelijk-medische rentabiliteit, zodat het onderzoek los komt van puur financiële overwegingen : als een onderzoek duurder is, maar een hogere medische rentabiliteit heeft, dan moet het de voorrang krijgen.

Een ander punt is dat het universitair ziekenhuis een supraregionaal ziekenhuis moet zijn. Het moet daartoe zijn plaats krijgen in de regio : het kan zijn functies maar vervullen als het niet in concurrentie moet treden met andere algemene ziekenhuizen. Een supraregionaal ziekenhuis zou alle patiënten uit de regio moeten opvangen die daar iets kunnen vinden wat ze elders niet kunnen vinden, zoals nieuwe diagnose- en behandelingsmethodes. Het supraregionale ziekenhuis moet, waar nodig, deze dienstverlening kunnen bieden, maar ik pleit voor afspraken tussen de universitaire ziekenhuizen om zich verder te kunnen specialiseren. Het heeft bijvoorbeeld weinig zin om allemaal alle soorten transplantaties te willen doen, het is beter dat de universitaire ziekenhuizen zich specialiseren in enkele soorten transplantaties, en hun patiënten voor andere transplantaties doorverwijzen naar de

collega's in andere universitaire ziekenhuizen. Het is immers ook zo dat er door opbouw van meer ervaring ook meer ontwikkeling mogelijk is, die dan kan terugvloeden naar de tweedelijnszorg.

Uiteindelijk stoot men echter onvermijdelijk op het financieringsprobleem. Wat ik hier in dit verband zeg, is gebaseerd op 35 jaar ervaring in binnen- en buitenland en op veel discussies met collega's. Heel de problematiek houdt verband met de financiering van universitaire ziekenhuizen. Het deficit is een probleem dat echter kan worden opgelost, namelijk als we afstappen van bepaalde principes en heilige koeien.

De universitaire ziekenhuizen moeten loskomen van de klassieke prestatiegeneskunde. Dit is immers niet haalbaar wegens het onderzoek en de technologische ontwikkelingen. Ik wil het idee lanceren om de universitaire ziekenhuizen een bepaalde dotatie te geven voor specifieke opdrachten, zoals het uittesten van nieuwe technologieën. De nieuwe machines die hierbij ontwikkeld worden, kunnen dan ten dienste van de hele regio staan, onafhankelijk van de klassieke Riziv-terugbetaling, want anders loopt het budgettair uit de hand.

Voor de financiering van het personeel zou men, net als in het buitenland, naar gemengde financiering kunnen gaan. Er is een vaste staf van academische ziekenhuisgeneesheren met een gemengde opdracht : patiëntenzorg, onderzoek en onderwijs. Men zal naar een systeem van gestructureerde carrière en forfaitaire, gegarandeerde betaling moeten evolueren. Deze visie botst echter met de evolutie in andere ziekenhuizen.

Er moet daarnaast een aanvulling van het personeel komen door artsen in opleiding en medewerkers, zoals technici, paramedici, aan te trekken voor specifieke projecten of opdrachten.

Deze visie leeft in de universitaire ziekenhuizen die zich willen loskoppelen en willen vermijden dat ze nu soms prestaties leveren die concurrentieel zijn met algemene ziekenhuizen in de onmiddellijke buurt.

Mevrouw Yolande Avontroodt : U reikt een aantal oplossingen aan. Ik wil even advocaat van de duivel spelen. Het ontwikkelen van nieuwe technologieën kan toch ook buiten de universitaire ziekenhuizen ? In uw visie neigt men naar monopolievorming.

Professor Ivo De Leeuw : U mag me niet verkeerd begrijpen. De projecten kunnen in privé-initiatieven of uit kleine ziekenhuizen ontstaan. Maar die projecten willen we vervolgens in een universitaire omgeving brengen. Op die manier kunnen we het personeel beter omringen, voor begeleiding zorgen, voor wetenschappelijke publicaties zorgen, enzovoort. De universitaire structuur moet ten dienste van nieuwe projecten staan. Dit is nu niet altijd het geval.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey, voorzitter : Dan geef ik ten slotte het woord aan dokter Roelandt, voorzitter van de Unie voor Huisartsenkringen. In de andere krijtlijnennota staat dat we bij voorrang de belangrijke rol van de huisartsen erkennen. Dit staat niet in het document dat we vandaag bespreken, maar toch meenden we dat het belangrijk was dat de huisartsen hun stem konden laten horen.

11. Uiteenzetting door dokter Patrick Roelandt, voorzitter van de Unie voor Huisartsenkringen (UHAK)

Dokter Patrick Roelandt : De patiënt moet in het gezondheidsbeleid centraal staan. Dit is een deontologische en maatschappelijke norm. Subjectieve tevredenheid van de patiënten en objectieve quality assesment worden belangrijke parameters van integrale kwaliteitszorg, die in toenemende mate door alle betrokkenen wordt verwacht. De overheid verwacht daarnaast ook een budgettaire medeverantwoordelijkheid voor het behoud van een betaalbare gezondheidszorg.

Cruciaal is de vraag hoe de zorgverstrekking nog beter kan georganiseerd worden. Reeds in 1990 stelde het Planbureau dat er vier echelons kunnen worden onderscheiden. Het eerste echelon is de huisarts, spilfiguur voor een polyvalente, continue en extramurale zorg, zowel preventief als curatief. Het tweede echelon wordt verzorgd door specialisten van één vakgebied, via de algemene ziekenhuizen. Dit kan zowel ambulante, poliklinische als intramurale gebeurtenissen. Het derde echelon is de topgeneeskunde in universitaire ziekenhuizen. Het laatste echelon zijn de ziekenhuizen voor chronisch en langdurige ziekten. In dit model ontstaat complementariteit en een taakverdeling. De patiënt staat in dit model centraal.

De patiënt moet bij voorkeur eerst de vaste huisarts raadplegen. Die kan een coördinerende taak vervullen of zeer gericht doorverwijzen. De huis-

arts moet de maatschappelijke opdracht en middelen krijgen, onder meer met het centraal medisch dossier als werkdocument. Daarnaast is er de voorwaarde van subsidiariteit : de juiste zorgen op het juiste niveau, tegen de laagste kostprijs en met een optimale aanwending van de zeer dure technische prestaties.

De patiënt moet de vrije keuze hebben. Maar in een getrapte gezondheidszorg kan men een differentiële terugbetaling invoeren bij consultaties van een hoger echelon zonder doorverwijzing door het lagere echelon.

Aan de werkgroep die het document voorbereidde, namen weinig huisartsen deel. Misschien komt het daardoor dat in de nota de taak van de huisarts en de relatie met het ziekenhuis heel summier en eenzijdig wordt omschreven. De taak van de huisarts in de nota is te beperkt, als een wegwijzer naar het intramurale systeem. Daarbij wordt angstvallig maar vanuit economisch oogpunt gelet op het feit of er niet te veel ongewenste verschuivingen naar de ambulante sector worden veroorzaakt.

Volgens ons is de huisarts de spilfiguur van de gezondheidszorg. In de nota lezen wij echter dat de basiszorg wordt aangeboden door algemene ziekenhuizen. Wij menen dat de basis-verzorgingstaak de opdracht van de eerste lijn blijft, naast preventieve taken. De huisarts heeft graag inspraak over wie en wat in een ziekenhuis moet worden behandeld.

Een schrijnend voorbeeld zijn de spoedopnames, eigenlijk opgericht voor echt levensbedreigende urgenties. Nu gebeuren daar echter eenvoudige ingrepen die beter door een huisarts worden gedaan. Zij zijn uitgegroeid tot een doorlopend geopend consultatiebureau. Dit leidt tot een omgekeerd en onlogisch zorgpatroon.

De concurrentie tussen de echelons moet worden afgebouwd. Door de derdebetalersregeling wordt bewust naar een drempelverlaging gestreefd, zeggend voor het comfort, maar zeker niet voor de reële noden van de patiënt.

We kunnen niet akkoord gaan met het organiseren van transmurale zorgen door de ziekenhuizen. Daarbij wordt, zonder tussenkomst van de huisarts of andere eerstelijnsverleners, de thuisverzorging van de ontslagen patiënt georganiseerd vanuit de tweede of derde lijn. Er zijn nu reeds diensten voor fysiotherapie die de patiënten voor intramurale kine gaan ophalen met busjes. Dit kan toch niet de bedoeling zijn van de tweedelijnszorg.

Inzake de palliatieve zorgen zijn er goede afspraken nodig met de tweede lijn. De huisarts moet de patiënten die hij vele jaren heeft verzorgd verder kunnen volgen. De palliatieve intramurale bedden, zoals RVT-bedden, moeten aanzien worden als een thuisvervangend milieu, zodat de huisarts de patiënt verder kan begeleiden.

Ook het daghospitaal is ondenkbaar zonder een gestructureerde samenwerking met de eerste lijn. Daarvoor werden standaardprocedures uitgewerkt.

De huisartsengeneeskunde werd de laatste decennia al te stiefmoederlijk behandeld. Daarom hebben de huisartsen het initiatief genomen om hun technisch-diagnostische afhankelijkheid van de tweede lijn te herzien. Daarvoor werden er diagnostische centra opgericht, vooral in de regio's waar er een slechte samenwerking is of waar er om geografische redenen een specialistisch onderaanbod is. Daarvoor wordt er samengewerkt met ambulante specialisten. De ziekenhuizen moeten onze rol op het vlak van verwijzing erkennen. Zo niet zullen we een parallel circuit opzetten.

Door hun opleiding en bijscholing zullen de huisartsen in de toekomst steeds betere kwalitatieve geneeskunde kunnen aanbieden, waardoor de patiënten minder zullen moeten doorverwezen worden voor diagnostisch advies. Door de informatieboom is er trouwens een trend bij de hele bevolking om meer verantwoordelijkheid op te nemen voor hun eigen gezondheid. De patiënt kan een aantal eenvoudige medische handelingen zoals bloeddrukmeting en glycemiecontrole nu zelf uitvoeren. Bepaalde huisartshandelingen zoals wondverzorging en injecties werden afgestaan aan thuisverpleegkundigen. Zo is er de facto een taakherverdeling ontstaan.

Voor de thuisgezondheidszorg moeten alle eerstelijnsverleners samenwerken op een pluralistische en multidisciplinaire basis. De huisartsen eisen hier de coördinerende taak op. De intramurale sector moet zich daar niet mee inlaten. Dat is een casus belli. Door het overaanbod aan artsen is er trouwens meer tijd vrijgekomen voor dergelijke samenwerkingsinitiatieven met de andere eerstelijnsverleners. Via de SIT's (samenwerkingsinitiatieven thuiszorg) wordt er aan taakverdeling gedaan rond de patiënt.

Inzake de structuur van de ziekenhuissector heb ik een aantal statistieken meegebracht. In 1992 waren er nog 172 ziekenhuizen. Volgens het nieuwe concept mogen er slechts 65 tot 70 overblijven. Waarop beroept men zich om een dergelijk aantal voorop te stellen ? In welke mate zal ook de beddencapa-

citeit worden gereduceerd? Nochtans is dit het feitelijke uitgangspunt voor besparingen in de sector.

Een structurele rationalisatie is noodzakelijk. Door een betere samenwerking en taakverdeling kan de ongezonde concurrentie tussen de ziekenhuizen vermeden worden. Er zijn kwalitatieve argumenten voor de rationalisatie van enkele supergespecialiseerde richtingen met kleinere volumes, bijvoorbeeld de hart- of neurochirurgie. Sommige kleine ziekenhuizen zijn trouwens zeer performant. Overigens volgen sommige specialisten nu al hun patiënten naar specialistische centra, niet enkel voor de continuïteit van de zorg, maar ook uit pure wetenschappelijke noodzaak, namelijk om vertrouwd te blijven met de specialistische technieken waarvoor ze zijn opgeleid.

Een goede geografische spreiding van de ziekenhuizen blijft zeer belangrijk. Dit is noodzakelijk om de keuzevrijheid te garanderen, wat een van de hoekstenen is van de vertrouwelijke relatie tussen arts en patiënt.

De structurele tegenpool van het ziekenhuis is de huisartsenkring, de functionele entiteit van de eerste lijn. Sinds de jaren tachtig werden er democratisch en juridisch gestructureerde verenigingen opgericht die uitsluitend bestaan uit praktiserende huisartsen. Dit vormt de organisatorische motor voor de samenwerking onder de huisartsen en voor het overleg met de tweede lijn, de overheid, de ziekenfondsen en de verzorgers. De Vlaamse overheid moet deze democratisch gestructureerde verenigingen erkennen.

Groepspraktijken kunnen een bewuste keuze zijn voor de organisatie van de individuele praktijk, niet zelden wegens het artsenovertal en de feminisering. Ze blijven echter een beperkt fenomeen. Men moet zich ook hoeden voor een te specialistisch geïnspireerde taakverdeling onder huisartsen. Daar is de patiënt niet mee gebaat. De algemene geneeskunde is te belangrijk om zich in specialisten te laten opsplitsen. Ze kunnen ook de functies van de huisartsenkringen niet overnemen. Ten slotte moeten ook de LOK's (Lokale kwaliteitsgroepen) binnen de organisatiestructuur van de kring blijven functioneren.

Het grootste deel van de nota gaat over de financiering. Dat is blijkbaar een belangrijk punt. De overheid moet keuzen maken. Cijfermatig behoort België nog tot de goede middenmoot. In de VS wordt veertien tot vijftien percent van het BNP besteed aan de gezondheidszorg. In België is dit slechts zeven tot acht percent, maar er is een goede

prijs-kwaliteitverhouding. Wat wel opnieuw bekeken moet worden is de verdeling van de middelen tussen de verschillende echelons en tussen de specialismen. Het is niet wenselijk dat er arme en rijke specialismen zouden bestaan, zodat de jonge artsen hun specialisme zouden gaan kiezen in functie van de lucrativiteit.

Sinds lang is er een discussie aan de gang over forfaitaire of prestatiegeneeskunde of over gemengde financiering. Het standpunt van de heer Rohaert van het Planbureau hierover is verhelderend. Hij stelt dat elke vorm van honorarium voldoende moet zijn voor een redelijke leefbaarheid en in verhouding moet staan tot de geleverde intellectuele prestaties. Bovendien moet het netto onaanraakbaar zijn, zodat de zorgverstrekker financieel onafhankelijk is van het ziekenhuis of van welke opdrachtgever dan ook. Dat betekent dat er op dit honorarium geen afhoudingen meer kunnen worden toegepast voor de financiering van het ziekenhuis. Er moet dus een gemengde financiering komen, maar wel met een verhoging van de vergoeding van de intellectuele acte en een andere vergoeding voor de medisch-technische aspecten.

Het herwaarderen van de intellectuele act is ook van belang voor de huisartsen in het kader van een werkbare echelonnering. Een deel van het eerste lijnswerk dat nu door specialisten gedaan wordt, kan dan terugvloeien naar de plaats waar het thuis hoort. Dan kan de tweede lijn zich toespitsen op haar eigen taak en kan er een meer geïntegreerde samenwerking tot stand komen.

Het statuut van de ziekenhuisgeneesheer is nog steeds een bron van conflict. Dit heeft te maken met de gebrekkige medezeggenschap binnen de beheersorganen. Daarnaast is er de fundamentele ethische vraag of de arts niet in een professioneel dilemma terechtkomt als hij moet kiezen tussen de belangen van de patiënt en de algemene maatschappelijke opdracht om het ziekenhuisbudget te beheren. Ik meen dat de arts in de eerste plaats plichten heeft tegenover de patiënt. Sommigen dromen nu reeds van een ziekenhuis-NV, met de arts als aandeelhouder en dus met deelname in de winst. Dat moet dan een garantie zijn voor een goede geneeskunde, maar vooral moet het via de responsabilisering het economisch risico afwentelen op de artsen. Waartoe moet dit leiden?

Een goed evenwicht vinden tussen de deontologie en een grotere beleidsverantwoordelijkheid binnen de ziekenhuisstructuur, dat wordt de grote uitdaging.

Het is bewezen dat honorariumafhoudingen leiden tot overconsumptie. Dit werd bevestigd in een studie van het onderzoeksbureau Mc Kinsey & Co. Erger is dat de kwaliteit van de verzorging in het gedrang komt door duurdere technologieën en langere hospitalisatie. Het is dus zeer de vraag of totale integratie van het honorarium een mirakeloplossing is om financiële putten te vullen, omdat de ligdagprijs niet kostendekkend is.

Gespecialiseerde geneeskunde heeft enorm aan belang gewonnen ten nadele van de gewone huisarts en de thuisverzorger. Het enige wat het ziekenhuismanagement wil bereiken is een groter marktaandeel door een aantal taken van de huisarts over te nemen. Dit heeft tot een echte kostenexplosie geleid.

De voorgestelde pathologiegebonden financiering wordt opgesplitst in een basisfinanciering en een supplementaire financiering. Door de wetenschappelijke optimalisatie van de behandelingstechnieken is er een evolutie ontstaan naar meer ambulante zorgverlening via de daghospitalisatie. Voor het behoud van de financiële leefbaarheid voor het ziekenhuis werden de gederfde ligdagen vervangen door een versnelde patiëntenstroom. De prestatie- of ligdaggerichte geneeskunde, gebaseerd op het aantal te verzorgen patiënten, bleef daarbij ongewijzigd. Die pathologieën die het meest techniciteit vergen, zullen ook nu meer kosten en de intellectuele acte wordt er niet noodzakelijk door gehervardeerd. Is het voorgestelde financieringssysteem dan zo veel transparanter ?

De werkgroep-Jadot heeft aangetoond dat de opnemingspercentages in ons land sterk verschillen. Maar wie zal al de DRG (Diagnosis Related Groups) en MKG (minimaal klinische gegevens) interpreteren ? De kans bestaat dat de gegevens gemanipuleerd worden. Dit alles kan ook leiden tot nieuwe selectiecriteria en ondertussen verliest men de patiënt uit het oog. We mogen evenmin vergeten dat het verzamelen van diagnosegegevens strijdig is met de privacy van de patiënt en de deontologie van de arts. Is het dat wat de overheid en bepaalde drukingsgroepen willen ?

Voor ons moet de patiënt als mens – en niet als samenraapsel van een aantal organen – opnieuw centraal komen te staan. Wij eisen een echelonnering met duidelijke taakafspraken. Dit is de beste manier om het budget weer onder controle te krijgen.

Ik wil er nog aan toevoegen dat er als gevolg van de verzuiling, de communautaire verschillen, de

bevoegdheidsversnippering en bureaucratie een vertrouwenscrisis is ontstaan tussen arts en politicus. De belangrijkste stem in heel dit debat is die van de patiënt, maar die is ondervertegenwoordigd. Uit een enquête blijkt dat de Belgen over het algemeen tevreden zijn over onze gezondheidszorg en fundamentele hervormingen overbodig vinden. Bijna 40 percent van de Belgen wil dat de budgetten voor de gezondheidszorg verhoogd worden. Ze willen dat de overheid haar prioriteiten verlegt.

De gemeenschap moet met andere woorden kiezen tussen een bloeiende ziekte-industrie en een efficiënt gezondheidsbeleid.

Mevrouw Yolande Avontroodt : De uiteenzetting van dokter Roelandt beantwoordde perfect aan de doelstellingen van een hoorzitting : informatie geven. Namens het Vlaams Parlement dank ik de spreker voor zijn bijdrage.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey, voorzitter : We moeten als commissie uitmaken welke conclusies we aan de hoorzitting van vandaag verbinden. Daarna kunnen we een debat met de minister aangaan. Elementen die werden aangedragen in deze hoorzitting kunnen gebruikt worden bij het verdere beleid. Verdere discussie over de staatshervorming kan het referentiekader voor dit Vlaams Parlement nog wijzigen.

De verslaggever,

Yolande
AVONTROODT

De voorzitter,

Trees
MERCKX-VAN GOEY

BIJLAGE

EEN ZIEKENHUISCONCEPT VOOR VLAANDEREN

WOORD VOORAF

Dit document is tot stand gekomen na zorgvuldig overleg en in open verstandhouding tussen alle ondertekenende leden van de ad hoc denkgroep "Een ziekenhuisconcept voor Vlaanderen". Dit is een toekomstgericht document dat rekening houdt met hedendaagse evoluties en met de discussies van vandaag.

Andere groepen hebben op ditzelfde ogenblik gewerkt aan een concept over de toekomstige opdrachten van de huisartsen met betrekking tot de preventie van gezondheidsproblemen, aan een juiste positionering van de transmurale zorg en de extramurale specialistische zorgverstreking en aan een eigen Vlaamse visie op de ziekteverzekering.

Elk denkproces in deze onderscheiden groepen wordt gestuurd door een gedeelde bekommernis om aan de Vlaamse bevolking de best mogelijke gezondheid en het best mogelijke gezondheidsaanbod te waarborgen.

In dit streven naar de best mogelijke gezondheid en het best mogelijke gezondheidsaanbod van een hoge kwaliteit dient een evenwicht gezocht te worden tussen zes gemeenschappelijke doelen nl. **toegankelijkheid*, **inkomensbescherming*, **macro-economische efficiëntie*, **micro-efficiëntie*, **keuzevrijheid voor consumenten* en **een zo groot mogelijke autonomie voor de zorgaanbieders*.

Gezondheid en gezondheidszorg zijn bij uitstek waardengebonden begrippen, die ieder persoon aanbelangen en die derhalve op een dynamische wijze en in permanente dialoog met alle betrokkenen, met name ziekenhuisbehaerders en personeel, patiënten en erten, dienen te worden gedefinieerd. Zorg en vooral ziekenzorg zijn in wezen menselijke ontmoetingen met een intiem en vaak zelfs existentieel karakter. Ze kunnen dan ook niet anders dan in een ongeechonden vertrouwensrelatie ingebed zijn. Deze uitgangs- en referentiepunten worden in dit document niet geëxpliciteerd wat evenwel niet betekent dat zij minder zouden aanwezig zijn.

* termen aangeduid met een * zijn opgenomen in het glossarium

Dit document heeft wel tot doel een werkbaar Vlaams ziekenhuisconcept voor te stellen dat de krijtlijnen uittakent waarbinnen de ziekenhuiszorg in de toekomst technologisch en budgettair zal kunnen worden georganiseerd op een wijze die in de hoogst mogelijke mate tegemoet komt aan de verzameling van ethische bekommernissen die aan de basis liggen van elke zorg en zonder een dermate breuk te creëren met de bestaande gezondheidszorg dat een reëlatische overgang onmogelijk wordt. Het nieuw ziekenhuisconcept beoogt m.a.w. een harmonie tussen utopie en realiteit.

De snel wijzigende maatschappelijke, wetenschappelijke en technologische context vereist een vernieuwd ziekenhuisconcept. Ter voorbereiding van een gedefederaliseerd gezondheidsbeleid wil de Vlaamse overheid nu reeds zo'n vernieuwd ziekenhuisconcept uitwerken en een aangepaste financiering voorstellen.

Uitgaande van een schets van de wenselijke evoluties in het globale Vlaamse gezondheidslandschap, waarbij de diverse zorgvormen als een CONTINUÛM met vloeiende overgangen functioneren, wordt de behoefte aan ziekenhuiszorg, optimaal afgestemd op de noden van de diverse patiëntengroepen.

Die behoeften aan ziekenhuiszorg per pathologiegroep worden door de Vlaamse overheid omschreven in termen van PATIËNTENPROGRAMMA'S. Een programma is een geheel van ziekenhuisactiviteiten, afgestemd op specifieke pathologiegroepen, en wordt omschreven in termen van doelgroep, vereiste infrastructuur, kritische massa, ... Er worden universele programma's (die de basiszorg omvatten) en gespecialiseerde programma's (voor specifieke pathologiegroepen) onderscheiden.

De patiëntenprogramma's vormen de krijtlijnen waarbinnen ziekenhuizen onderling afspraken maken over het optimaal ziekenhuisaanbod en samenwerken, onder de vorm van NETWERKEN. In de toekomst zullen ziekenhuizen minder in isolatie functioneren, maar hun aanbod, zowel van universele als van gespecialiseerde programma's, uitbouwen in nauwer onderling overleg.

Dit alles dient ondersteund te worden met een aangepaste FINANCIERING. Belangrijke uitgangspunten hierbij zijn (a) één prijs voor éénzelfde nodig en kwaliteitsvol produkt, omschreven in termen van pathologiegroepen, (b) gemengde financiering, zijnde een financiering die deels vast is en deels variabel, m.a.w. afgestemd op de activiteitsgraad van het ziekenhuis en (c) sterke integratie van de artsen(financiering) in de ziekenhuizen(financiering). In deze tekst worden een aantal denkpijlers voorgesteld om deze principes een concreet gestalte te geven.

Leden van de ad hoc denktank :

Ir. Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid

Prof. Dr. Jean-Pierre Baeyens, Hoofdgeneesheer Algemeen Ziekenhuis St. Jozef, Oostende

Ir. Gill Bayen, Senior Manager A.D.Little

Dr. Carine Boonen, Algemeen directeur V.V.I.

De heer Bart De Bakker, Directeur AZ Virga Jesse Hasselt

De heer Peter Degadt, Algemeen Directeur, AZ St. Lucas Gent

Prof. Dr. Joke Danekans, Huisartsgeneeskunde, U.I.A.

Dr. Dirk Dewolf, Geneesheer-Inspecteur, Administratie Gezondheidszorg, Vlaamse Gemeenschap

Mevr. Annemie Doms, Directeur Administratie Gezondheidszorg, Vlaamse gemeenschap

Prof. Dr. Katrien Keeteloot, Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, K.U.Leuven

De heer Frank Lippens, Algemeen Directeur AZ St. Vincentius Dainze

Prof. Dr. Bas Van Buggenhout, K.U.Leuven

Dr. Robert Van den Oever, Medische directie LCM

Ir. Hedwig Van der Borght, Kabinetschef van W. Demeester

De heer Luc Van Roye, Directeur VOV

De heer Marc Verstraete, adviseur Kabinet W. Demeester

Mevr. Kristin Verhaegen, Adjunct-Kabinetschef van W. Demeester

Dr. Patrick Waterbley, Adjunct-Algemeen Directeur AZ Heilig Hart Roeselare

Deze werkgroep is samengesteld uit een groep van deskundigen, die ten individueel tital deelnemen aan de bijeenkomsten.

SAMENVATTING

- De snel wijzigende maatschappelijke, wetenschappelijke en technologische context vereist een *vernieuwd ziekenhuisconcept*, een omschakeling van een verticale, dienstgebonden organisatiestructuur en werking naar een horizontale multidisciplinaire aanpak in het ziekenhuis. In een horizontale benadering wordt het aangeboden zorgpakket optimaal georganiseerd in functie van de reële behoeften van de patiënten.
- De belangrijkste uitgangspunten bij het uittekenen van het nieuw ziekenhuisconcept :
 - de ziekenhuiszorg moet kaderen binnen een *globaal Vlaams gezondheidsbeleid* waar, via duidelijke taakafspraken tussen de diverse zorgvormen een continuum aan zorg gecreëerd wordt. De huisarts vormt hierin voor de patiënt de natuurlijke wegwijzer die de geschikte toegangspoort tot het systeem helpt kiezen ;
 - In de gezondheidszorg moet de *patiënt en zijn behoeften centraal* staan. Het gezondheidsbeleid gaat dan in essentie uit van de noden van de patiënten, die onafhankelijk van het aanbod wordt bepaald ;
 - de Vlaamse overheid zal niet *méér* maar *ANDERS REGULEREN* (herreguleren) ; zij zal een globaal kader schetsen waarbinnen de instellingen creatief en autonoom functioneren, met het oog op het vervullen van de patiëntenbehoeften,
- Het vereiste zorgaanbod wordt door de Vlaamse overheid uitgetekend onder de vorm van *patiëntenprogramma's* in functie van de behoeften van de patiënten.
 Een programma is een geheel van ziekenhuisactiviteiten, afgestemd op specifieke pathologiegroepen, en wordt omschreven in termen van doelgroep, vereiste infrastructuur. Er worden twee types van programma's omschreven :
 de *universale programma's*, die de basiszorg aanbieden, en *gespecialiseerde programma's* die meer gespecialiseerde zorg aanbieden, waarvoor bijzondere infrastructuur, know-how, bijzondere ingrepen vereist zijn en die een bijzondere ethische, psychische, juridische en multi-dimensionale benadering vereisen. De patiëntenprogramma's vormen de krijtlijnen waarbinnen ziekenhuizen hun intern zorgaanbod en het aanbod in de regio in nauw onderling overleg, via samenwerking in *netwerken*, ontwikkelen. Een netwerk is een consortium van meerdere ziekenhuizen met één ziekenhuis als *netwerkcoördinator*. Het biedt een gezamenlijk pakket van zorg aan op diverse campussen, zodat elke patiënt toegang heeft tot alle aanwezig programma's.

In het kader van de netwerken kunnen gespecialiseerde diensten van ziekenhuizen optreden als *serviceziekenhuizen* voor andere ziekenhuizen.

In de regelgeving zullen twee concepten duidelijk omschreven moeten worden nl. de basisvoorwaarden waaraan elk ziekenhuis moet voldoen "*algemeen ziekenhuis*" en het concept "*universitair ziekenhuis*".

Een algemeen ziekenhuis is in staat de patiënten die zich aanbieden ofwel optimaal zelf te behandelen ofwel, na de patiënt te hebben gestabiliseerd, door te verwijzen naar een meer geëigende instelling.

Een universitair ziekenhuis is een algemeen ziekenhuis dat naast de patiëntenzorg vooral opdrachten vervult op vlak van onderwijs, wetenschappelijk onderzoek en ontwikkeling van nieuwe technologieën. Universitaire ziekenhuizen concentreren zich bij voorkeur op geavanceerde medisch-specialistische zorg.

Rekening houdend met de wens tot adequate spreiding van de basisvoorzieningen, waarbij elke patiënt zich op een redelijke afstand van een ziekenhuis moet bevinden, kan men stellen dat met ongeveer 65-70 ziekenhuizen de ziekenhuiszorgbehoeften in 2005 in Vlaanderen kunnen gadekt worden. Er zal zich m.a.w. een schaalvergroting en concentratiebeweging voordoen. Deze concentratie, voor netwerkvorming, zal zich méér voor doen voor de gespecialiseerde dan voor de universele programma's.

- Dit alles dient ondersteund te worden met een aangepaste *FINANCIERING*, waarbij de middelen 'rechtmatig' verdeeld worden tussen de voorzieningen. Belangrijke uitgangspunten hierbij zijn:
 - ⇒ één prijs voor éénzelfde nodig en kwaliteitsvol product
 - ⇒ pathologiegebaseerde financiering: er wordt rekening gehouden met de aard en de ernst van de aandoening
 - ⇒ globale financiering van de geëigende zorg
 - ⇒ integratie van de artsen(financiering) in de ziekenhuizen(financiering).
 - ⇒ transparantie en budgetzekerheid
 - ⇒ mogelijkheid tot systematische aanpassingen van de financiering aan o.a. wetenschappelijke en technologische evoluties
 - ⇒ begrensde macro-budgettaire context
 - ⇒ gemengde financiering, zijnde een financiering die deels vast is en deels variabel, m.a.w. afgestemd op de activiteitsgraad van het ziekenhuis.
- In deze tekst worden een aantal denkpijlers voorgesteld om deze principes concreet gestalte te geven.

- Vermits de programma's, gericht op welomschreven patiënten- en pathologiegroepen, de ruggengraat vormen van het toekomstige ziekenhuis, in plaats van de klassieke bedden, afdelingen en diensten, dienen zij ook het fundament te vormen van de erkenningvoorwaarde.

Bovenop de basiserkenning moeten coherente zorgpakketten en/of gespecialiseerde programma's de basis van de erkenning van een ziekenhuis of een netwerk worden. In de organisatiestructuur van het ziekenhuis zullen de essentiële voorwaarden voor een geïntegreerde, multidisciplinaire, kwaliteitsvolle aanpak van de patiënt, voor flexibiliteit en autonomie zijn ingebakken zodat ook de toekomstige inhoudelijke vernieuwingen en technologische ontwikkelingen snel en efficiënt kunnen toegepast worden.

Uitgaande van epidemiologische gegevens - die embryonaal reeds beschikbaar zijn via de Vlaamse gezondheidsindicatoren - kan de overheid een aanzet geven tot raming van de behoefte aan diverse patiëntenprogramma's. De voorkeur gaat uit naar een "overlegde planning", naar "benchmarking" met een permanente feed-back vanwege de overheid. De ziekenhuizen vullen het zorgaanbod in overleg en met goedkeuring van de overheid in.

- Nieuwe medische ontwikkelingen moeten op een doordachte wijze geïntroduceerd worden in de routinepraktijk. Tijdens de incubatiefase wordt een voorlopige toelating tot uitvoering van de interventie gegeven, gekoppeld aan de uitvoering van een grondige evaluatie van de technologie. Als er voldoende wetenschappelijk onderbouwde evidentie voorhanden komt, rangschikt de overheid de interventie onder de universele of één of meerdere gespecialiseerde programma's.

- Het welslagen van een eigen, vernieuwd gezondheidsbeleid voor Vlaanderen wordt sterk mee bepaald door externe, institutionele factoren. Een globaal gezondheidsbeleid kan slechts tot stand komen wanneer hiervoor de nodige beleidsondersteunende informatie beschikbaar is zoals beschikbare en betrouwbare epidemiologische gegevensstromen, wetenschappelijk gefundeerde gegevens over gaëigende zorg, aangepaste gegevenssystemen voor ziekenhuizen, ...

Bovendien zal het realiseren van het nieuw ziekenhuisconcept een mentaliteitsaanpassing vergen bij de zorgverleners, beheerders van voorzieningen en patiënten. Het geheel in praktijk omgezet, zal samen met de vernieuwde VIPA-procedure het ziekenhuislandschap voor de 21^e eeuw uittekenen.

ANALYSE VAN HET ZIEKENHUISCONCEPT VOOR VLAANDEREN (INHOUDSTAFEL)	
1. EEN GEWIJZIGDE EXTERNE EN INTERNE OMGEVING VEREIST EEN VERNIEUWD ZIEKENHUISCONCEPT	6-10
2. UITGANGSPUNTEN	
2.1. Ziekenhuiszorg binnen een globaal gezondheidsbeleid	11-13
2.2. Optimale zorg in functie van behoeften van patiënten	13
2.3. Rol van de Vlaamse overheid	13-16
3. EEN ZIEKENHUISCONCEPT VOOR VLAANDEREN	
3.1. Uitgangspunten	17
3.2. Netwerken	17-21
3.3. Omschrijving ziekenhuisactiviteiten op basis van "patiëntenprogramma's"	21-24
3.4. Een ziekenhuis als geïntegreerd geheel van programma's	24
3.5. Gedifferentieerde typen ziekenhuizen	25-27
3.6. Concrete invulling	28
4. DENKPISTES VOOR EEN AANGEPASTE FINANCIERING	
4.1. Uitgangspunten	29-30
4.2. Wenselijke kenmerken van een financieringssysteem	
4.2.1. Pathologiefinanciering	30
4.2.2. Een prijs voor éénzelfde nodig en kwalitatief product	31
4.2.3. Globale financiering van 'geëigende zorg'	31
4.2.4. Transparantie en rechtszekerheid	32
4.2.5. Systematische aanpassingen	33
4.2.6. Financiering onafhankelijk van de zorgvorm, incl. arts- en ziekenhuisprestaties	34-36
4.2.7. 'Gemengd financieringssysteem'	36-37
4.2.8. Additionele aspecten	37
4.3. Een concreet voorstel : een gemengd financieringssysteem, uitgaande van een gesloten globaal budget	38-40
5. ERKENNINGSNORMEN EN PLANNING	
5.1. Erkenninganormen	41-42
5.2. Planning	42-43
6. INVOERING VAN NIEUWE TECHNOLOGIEËN	
6.1. Uitgangspunt : flexibiliteit bij overheid en sector stimuleren	44
6.2. Evaluatie van gezondheidszorgtechnologieën	44-45
6.3. Invoering nieuwe technologieën in de gezondheidszorg	45-46
7. KRITISCHE SUCCESFACTOREN	
KRITISCHE SUCCESFACTOREN OP MACROVLAK	
7.1. Beleidsondersteunende informatie	47-48
7.2. Afstemming tussen de diverse beleidsniveaus	48-49
7.3. Consensus	49
7.4. Aangepaste organisatie en financiering van de gezondheidszorg	49-50
7.5. Beheersbaarheid van de uitgaven	50
KRITISCHE SUCCESFACTOREN OP MESO-EN MICROVLAK	
7.6. Een nieuwe cultuur en mentaliteit bij zorgverstrakkers en beheerders	50-51
7.7. Begeleide keuzevrijheid van en mentaliteitswijziging bij de patiënt	51-52
7.8. Aangepast personeelsbeleid	52-53
7.9. Grotere integratie van artsen binnen de ziekenhuisorganisatie	53-54
GLOSSARIUM	55-57

1. EEN GEWIJZIGDE EXTERNE EN INTERNE OMGEVING VEREIST EEN VERNIEUWD ZIEKENHUISCONCEPT

Evoluties in de medische wetenschap en technologie, maar ook andere factoren zoals de groeiende vraag naar kwaliteit vanwege de patiënten, de vergrijzing van de bevolking en de nood aan een gezonde beheersing van de uitgaven vergen van de ziekenhuizen een grotere aanpassingscapaciteit.

De medische mogelijkheden tot diagnostiek, behandeling en revalidatie nemen zeer snel toe en zullen o.a. aanpassingen vereisen in uitrusting, organisatie en deskundigheid van het ziekenhuispersoneel. Voor de nabije toekomst valt te verwachten dat o.a. de evoluties in de kennis van het menselijk genoom, in de telematica en in de biotechnologie belangrijke gevolgen zullen hebben voor de klinische praktijkvoering, de manier waarop patiënten doorheen hun ziektegeschiedenis worden bijgestaan en opgevolgd, en voor de manier waarop de ziekenhuiszorg wordt georganiseerd.

Zo bijvoorbeeld zal de mogelijkheid om minder invasieve, meer accurate en snellere diagnostische en behandelings technieken aan te wenden (ook bij patiënten met een fragielere algemene gezondheidstoestand) meer dan ooit een multidisciplinaire aanpak vereisen, van zowel medische als paramedische disciplines. Dit zal onder meer leiden tot een intensivering van het zorgproces en een versnelde doorstroming van patiënten doorheen het ziekenhuis, dat evolueert van een verticale naar een horizontale organisatiestructuur.

Minder invasieve technieken brengen een verschuiving mee van een deel van de traditionele ziekenhuisactiviteiten naar het dagziekenhuis, dat integraal verbonden blijft met het ziekenhuis.

Er is tenslotte ook de groeiende aandacht voor kwaliteitsbewaking en -bevordering in de zorgverlening. Dit groeiend kwaliteitsbewustzijn hangt a.m. samen met de evolutie in de informatiesystemen.

- van een verticale naar een horizontale organisatiestructuur -

Bovenstaande evoluties vereisen een omschakeling van een verticale, dienstgebonden organisatiestructuur en werking naar een horizontale, multidisciplinaire aanpak in het ziekenhuis.

De verticale, specialisatiegebonden (monodisciplinaire) organisatiestructuur gaat veelal samen met een gefragmenteerde benadering van de patiënt, waarbij de diverse onderdelen van het zorgpakket niet optimaal op elkaar zijn afgestemd. De toegangspoort tot het systeem en de aan- of afwezigheid van bepaalde diensten (bv. radiotherapie) kunnen voor

sommige diagnosegroepen (bv. kanker) bepalend zijn voor het soort behandeling dat de patiënt krijgt (bv. radiotherapie versus chemotherapie of chirurgie).

In een horizontale benadering wordt, binnen zgn. "patiëntenprogramma's", het aangeboden zorgpakket, dat uiteraard meerdere diensten en disciplines, ook paramedische, omvat, optimaal georganiseerd en geïntegreerd in functie van de reële behoeften van de patiënten en gebaseerd op de meest recente medisch-wetenschappelijke kennis in plaats van op tradities, gewoontes of het eigenbelang van de dienst en/of de zorgverlener.

In dit alles is de *overheid* weliswaar goed geplaatst om maatschappelijke prioriteiten te bepalen in functie van de gezondheidsdoelstellingen, maar niet om prioriteiten te stellen ten aanzien van individuele patiënten. De overheid staat immers verder van de klinische praktijk af dan de verstrekkers en kan de wetenschappelijke literatuur moeilijker op de voet volgen.

In dit alles valt er uiteraard een belangrijk spanningsveld te observeren tussen de macro- en de microkeuzes. Deze kunnen nu eenmaal niet los van elkaar bekeken worden; bovendien komen ze soms met elkaar in conflict. Verstrekkers willen zo veel mogelijk doen voor hun individuele patiënten, maar de overheid dient te waken over de maatschappelijke belangen, over de belangen van de huidige én toekomstige patiënten als groep (want hoe méér middelen er besteed worden aan één patiënt, hoe minder er overblijven voor de anderen).

- *vrijheid ... méé verantwoordelijkheid* -

De keuzebeslissingen op vlak van individuele patiënten kunnen beter aan de sector zelf over gelaten worden: de *verstrekkers* moeten, binnen bepaalde grenzen, relatief vrij kunnen beslissen hoe zij de toebedeelde middelen aanwenden, uitgaand van de beste beschikbare evidentie over de diverse zorginterventies. De financiering moet dit bevorderen. Meer financiële autonomie voor de ziekenhuizen gaat ook gepaard met meer verantwoordelijkheid: de verstrekkers moeten die keuzen maken binnen vooropgestelde budgettaire grenzen. Momenteel komt het nog al te vaak voor dat verstrekkers prestaties uitvoeren of voorschrijven, zonder enig bewustzijn van en verantwoording voor de kosten.

Ook de *patiënten* hebben een belangrijke rol te vervullen in dit proces van prioriteitsstelling, in functie van hun noden, hun mogelijkheden en hun bereidheid tot betalen voor diverse vormen van zorgverlening. Patiënten worden kritischer en mondiger, vregen meer verantwoording. Onze maatschappij schat 'gezondheid' zeer hoog in, maar is zich niet altijd bewust van de maatschappelijke kost die de gezondheidszorg veroorzaakt. Er is dus behoefte aan een mentaliteitswijziging bij de mensen/patiënten. Geleidelijk zal het bewustzijn moeten doordringen dat ook in de gezondheidszorg niet alles onmiddellijk, overal en altijd beschikbaar is. In de gezondheidszorg genieten burgers van een belangrijke mate

van keuzevrijheid, maar die vrijheid moet enigszins beperkt worden t.g.v. de budgettaire grenzen aan het systeem (bv. vermijden medical shopping).

- een nieuw erkennings- en financieringskader -

Ziekenhuizen moeten zich wapenen om flexibel in te spelen op deze snel en drastisch veranderende medische mogelijkheden. Die behoefte aan flexibiliteit in werking en in organisatiestructuur dient mede door de wetgever ondersteund te worden. Een aangepast erkenningskader dat voldoende flexibiliteit en autonomie garandeert, gekoppeld aan een aangepast financieringssysteem biedt de beste waarborgen om de middelen zo efficiënt mogelijk aan te wenden, om met de juiste en rechtvaardige budgetten een zo breed mogelijk toegankelijke, kwalitatief goede zorgverlening te garanderen.

Het huidige erkennings- en financieringsbeleid voor de ziekenhuizen, dat duidelijk zijn verdiensten heeft gehad, biedt noch de ziekenhuizen noch de overheid voldoende ruimte om optimaal op de nieuwe ziekten, trends en technologieën in te spelen. De regelgeving is achterhaald en biedt geen rechtszekerheid meer aan de actoren; het ingewikkelde regelstelsel slaagt er bovendien niet in de instellingen tijdig en correct te financieren. Het huidige beleid is te sterk infrastructuur-geïntendeerd en houdt te weinig rekening met de reële genees- en verpleegkundige activiteiten i.f.v. diverse pathologiegroepen binnen het ziekenhuis. De verticale structurering bemoeilijkt een multidisciplinaire, dienstoverschrijdende geïntegreerde aanpak van de patiënt.

2. UITGANGSPUNTEN

2.1. Ziekenhuiszorg binnen een globaal Vlaams gezondheidsbeleid

Bij het uittekenen van een nieuw ziekenhuisconcept ligt de hoofdbeslissing bij de volksgezondheid in Vlaanderen. Het aangepast ziekenhuisconcept moet gekaderd worden in het *globale* gezondheidsbeleid, dat zichzelf tot doel stelt de gezondheidstoestand van alle burgers te optimaliseren. Dat gezondheidsbeleid omvat zowel een preventief, een curatief als een revalidatiefak die alle drie in nauwe onderlinge samenhang staan (bv. er moet rekening gehouden worden met de impact van vaccinaties op de zorgbehoeften in de curatieve sector). Typisch voor de Vlaamse gezondheidszorg is een sterk uitgebouwde eerstelijnszorg. Hierin dient de huisarts een centrale rol te krijgen in samenhang met een harmonisch functionerende thuiszorg.

- *geen hospitalocentrisme* -

De gezondheidszorg wordt beschouwd als een pluridisciplinair *continuüm* aan zorgvormen, waartussen een vloeiende overgang moet bestaan. Dergelijk systeem van integrale zorg, van 'health and disease management', waarbij uit het globale pakket een zorgvormen voor elke individuele patiënt de optimale combinatie en hoeveelheid wordt geselecteerd, komt de kwaliteit van de zorg ten goede en zal ook toelaten om de middelen efficiënter aan te wenden. Verstrekkers en voorzieningen kunnen zich via netwerking en samenwerking, beter organiseren om integrale zorg aan te bieden.

De zorgbehoevende patiënt dient op het juiste echelon toegang te verkrijgen tot de zorg; dit biedt de beste kans voor de patiënt om in de meest geschikte zorgvorm terecht te komen, uiteraard op voorwaarde dat de verschillende echelons prikkels krijgen om, indien nodig, door te verwijzen.

In zo'n geïntegreerd systeem is het 'ziekenhuis', waarbinnen de artsen-specialisten actief zijn, niet méér dan één van de mogelijke schakels, één van de middelen om de gezondheidstoestand van de burgers te verbeteren en staat het ziekenhuis niet langer centraal in het zorglandschap.

Eenzijds moet de ziekenhuisinfrastructuur niet méér gebruikt worden dan nodig. Anderzijds mag er ook geen overconsumptie van zorg ontstaan. Er zijn namelijk ernstige kostenafwegingen vereist om de meest optimale indicaties te bepalen. Er moet vermeden worden dat verschuivingen geïnduceerd worden omwille van een indruk van grotere effectiviteit en efficiëntie van de extramurale sector. De extramurale sector moet zich

onderwerpen aan dezelfde discipline qua doeltreffendheid, kwaliteits- en efficiëntiebeoordeling als de gemakkelijker controleerbare (budgettaerbare) ziekenhuissector. Onder extramurale sector wordt hier niet enkel de eerste lijn verstaan, maar ook de ambulante specialistische geneeskunde.

- de huisarts toont de weg -

Dergelijk systeem van gezondheidszorg kan maar goed functioneren mits het bestaan van duidelijke *taakafspraken* tussen de diverse zorgvormen en als de patiënt in zijn keuzen begeleid wordt door een deskundige. De huisarts vormt als het ware de natuurlijke wegwijzer voor de patiënt, die de geschikte toegangspoort tot het systeem helpt kiezen, in overleg met de patiënt en andere verstrekkers. De huisarts dient ook de diverse zorgvormen op elkaar te laten aansluiten, rekening houdend met hun mogelijkheden (bv. plaats van primaire, secundaire en tertiaire preventie in het zorgpakket). Over de precieze inhoud van de taakafspraken tussen de diverse verstrekkers en voorzieningen is een goede communicatie met de huisarts noodzakelijk.

Een van de mechanismen waarmee deze communicatie kan bevorderd worden is via samenwerkingsverbanden tussen huisartsen. Samenwerkingsverbanden, gaande van informele afspraken tussen een beperkt aantal huisartsen, tot formeel georganiseerde groepspraktijken, komen de kwaliteit van de zorg ten goede, omdat de continuïteit van de zorg veel beter kan gegarandeerd worden; bv. via de organisatie van een wachtdienst per praktijk, een permanente toegang tot alle patiëntendossiers, ..., en via de mogelijkheid van een zekere differentiatie, een taakverdeling voor artsen binnen eenzelfde praktijk.

- goede afspraken maken goede vrienden -

Taakafspraken vereisen op hun beurt aangepaste *communicatie-instrumenten*, zoals bv. een globaal en uniek medisch dossier of medische kaart (waarop de relevante gegevens tijdig beschikbaar moeten zijn) ter ondersteuning van een vloeiende overgang tussen de diverse zorgvormen. De overheid neemt hiertoe in de komende maanden de nodige initiatieven. De vooruitgang in de informatietechnologie biedt hiervoor overigens een groeiend aantal mogelijkheden. Maar communicatie via de informatietechnologie kan ook weerstand uitlokken, vooral bij verstrekkers, en ook bij patiënten die niet vertrouwd zijn met dergelijke technieken. In de relatie huisarts-specialist kan het gebruik van een correcte verwijfsbrief (zoals bv. opgesteld door de WVVH) aangemoedigd worden. In de relatie specialist-huisarts dient de ontslagbrief naast technische details over vroegere onderzoeken ook suggesties voor de opvolging van de patiënt te omvatten. Ten slotte kan samenwerking ook geoptimaliseerd worden via interdisciplinaire verwijfsprotocollen.

Dit alles vereist trouwen een *mentaliteitswijziging* van de verstrekkers en de patiënten. Dit kan uiteraard niet van vandaag op morgen. Ondersteuning van deze vernieuwde aanpak, zowel via de basisopbreiding als de permanente vorming, zal noodzakelijk zijn en dient zo vlug mogelijk van start te gaan.

Ten slotte zal een systeem van geïntegreerde zorgvormen, met vloeiende overgangen maar functioneren mits een aangepaste *financiering* (cfr. *infra*).

2.2. Optimale zorg in functie van behoeften van patiënten

In het verleden hebben al te vaak de voorzieningen centraal gestaan in het gezondheidsbeleid. Het beleid was sterk aanbod geënt. In de gezondheidszorg moet de patiënt en zijn behoeften centraal staan. Vertrekkend vanuit zijn ziekte-toestand worden de meest aangewezen zorgvormen en hun onderlinge relatie vastgesteld. De keuze kan ingegeven worden door de belasting die de zorg voor de patiënt impliceert, door de maatschappelijke prijs (of prijs voor de patiënt) van de zorgvorm, door de effectiviteit, ... In de praktijk wordt de 'optimale zorg' echter nog te veel ingevuld vanuit het standpunt van de voorzieningen, vanuit het aanbod. Typisch is dat ook de zgn. 'behoefte-metingen' (bv. de federale gegevens rond recruiteringsratio per ziekenhuis per pathologie) in praktijk heel dikwijls gebaseerd zijn op verbruikscijfers, op productiegegevens. Ze zijn eerder gebaseerd op het aanbod dan op de werkelijke behoefte.

Dit uitgangspunt impliceert dat het huidige voorzieningenbeleid wordt omgebogen naar een beleid dat in essentie uitgaat van de noden van de patiënten en waarbij noden onafhankelijk in plaats van gerelateerd tot het aanbod, worden bepaald. Uit dit alles mag blijken dat ziekenhuizen, evenals alle andere zorgvormen, hun reden van voortbestaan in eerste instantie halen uit het accuraat beantwoorden aan de zorgbehoeften en noden van patiënten. Zorgvoorzieningen hebben geen bestaanrecht an sich verworven, en kunnen ook niet blijven bestaan louter en alleen omwille van concurrentie- of werkgelegenheidsmotieven. Deze motieven kunnen wel meespelen, maar zeker niet in eerste orde, of als enige.

2.3. Rol van de Vlaamse overheid

In dit alles moet de overheid vooral de geografische, financiële en sociale *toegankelijkheid* tot de 'geëigende', kwaliteitsvolle zorg voor de patiënt waarborgen. Qua geografische

toegankelijkheid stellen er zich weinig of geen problemen. De invulling van het begrip geografische toegankelijkheid kan trouwens verschillen van zorgvorm tot zorgvorm en tussen de ziekenhuisprogramma's onderling (cfr. infra). Op vlak van sociale en financiële toegang zijn de problemen nog vrij beperkt (in termen van aantal patiënten), maar toch groeiend. Eén van de uitdagingen voor de Vlaamse overheid zal erin bestaan om de nodige bijstellingen te realiseren, zodat alle sociale klassen dezelfde toegangsmogelijkheden tot het systeem hebben.

Bovendien moet de overheid ook de *kwaliteit* van de zorg en de voorzieningen waarborgen en aanmoedigen. Dit kan o.a. gerealiseerd worden door de publicatie van geaggregeerde gegevens, die toelaten aan individuele verstrekkers/voorzieningen, om zich te positioneren tegenover het geheel, en op basis hiervan verbeteringsstrategieën te ontwikkelen.

De overheid moet ook de toegang tot de *geëigende zorg* waarborgen. Alhoewel verstrekkers meer flexibiliteit krijgen om de zorgpatronen concreet in te vullen, kunnen ze hierin niet volledig vrij beslissen. Elke patiënt moet, op basis van zijn pathologie, toegang hebben tot de "geëigende zorg", omachtreven aan de hand van de meest recente wetenschappelijke gegevens. De kans om geëigende diagnostiek en behandeling te krijgen moet even groot zijn in elke voorziening, mag m.a.w. niet verschillen van voorziening tot voorziening.

Bij dit alles moeten natuurlijk de maatschappelijke *beperkingen* voor ogen gehouden worden (bv. geen ongebreidelde groei van middelen). Anders gezegd, de overheid moet zoeken naar een evenwicht tussen de belangen van alle burgers als patiënt en de belangen van dezelfde burgers in hun andere functies, en moet hierbij een efficiënte aanwending van de schaarse publieke middelen nastreven. Of er in Vlaanderen té veel of té weinig aan gezondheidszorg wordt uitgegeven, vereist een ruime maatschappelijke discussie. Maar vast staat dat het huidige budget aan middelen beter kan aangewend worden: er kan méér bereikt worden. In de nabije toekomst zullen de beschikbare financiële middelen een optimale groei in medische technologie ondersteunen. Bijgevolg moeten er, meer dan vroeger, keuzes gemaakt worden.

De eerste grote uitdaging zal liggen in het vermijden van een overaanbod. Indien de overheid zich beperkt tot het uittekenen van het kader, hoe kan dan vermeden worden dat bv. alle ziekenhuizen zoveel mogelijk activiteiten zelf willen ontwikkelen? Kortom, een goede planning of programmerie is onvermijdelijk.

- niet 'meer' maar 'anders' reguleren

Bovenstaande uitgangspunten mogen niet de indruk wekken dat de overheid in de toekomst méér sturend zal optreden. Integendeel, de overheid zal via regelgeving een globaal kader schetsen, een nieuw raamwerk van erkennings- en financieringsvoorwaarden. Binnen dat kader kunnen instellingen creatief en autonoom functioneren, met het oog op het vervullen van de patiëntenbehoeften, die trouwens regionaal en lokaal kunnen verschillen. De regelgeving laat aldus een beperkte mogelijkheid om op die historische, culturele, sociale, socio-economische, ... verschillen in te spelen.

Het raamwerk laat ook toe om nieuwe technologieën te integreren in de routinepraktijk. Permanente bijsturing en spontane adaptatie door de voorzieningen moet mogelijk zijn.

De Vlaamse overheid zal m.a.w. niet méér maar anders reguleren. Toegepast op het luik kwaliteit betekent dit bv. dat de Vlaamse overheid regels uitvaardigt die de ontwikkeling van een kwaliteitsbeleid binnen voorzieningen bevordert. Deze laatste zijn zelf verantwoordelijk voor hun kwaliteitsbeleid, de overheid biedt enkel een raamwerk dat dergelijke ontwikkelingen aanmoedigt, elkaar standaardiseert (met het oog op onderlinge vergelijkbaarheid).

Hiertoe moet de overheid ook beschikken over epidemiologische gegevens die toelaten de behoeften aan de diverse zorgvormen beter in te schatten. Dergelijke gegevens zijn reeds embryonaal aanwezig via de Vlaamse gezondheidsindicatoren.

Ten slotte zijn ook een degelijke basis- en permanente opleiding voor alle beroepsgroepen binnen de gezondheidszorg en een regulering van het aanbod van medische en paramedische zorgverleners belangrijke hefboomen voor kwaliteitsvolle zorg.

Daarenboven moeten alle overheden samen de toegankelijkheid van de zorg voor alle burgers mee helpen waarborgen door:

- initiatieven te nemen die negatieve patiëntselectie vanwege de verstrekkers, die werken binnen budgettaire grenzen, voldoende afremmen. Dit gebeurt via registratie van de activiteiten.
- een herdefiniëren van de sociale categorieën die door hun sociale en economische situatie voor verlaagde remgelden in aanmerking komen en voor beperkingen op eigen bijdragen.
- het reglementeren van de aanvullende verzekeringen, die in de toekomst wellicht een groeiend deel van de uitgaven voor gezondheidszorg zullen dekken; dit behelst o.a. het vastleggen van het volledige zorgpakket dat door de verplichte ziekteverzekering moet gedekt worden en het uitvaardigen van regels voor de aanvullende pakketten, ook indien private verstrekkers op dit vlak optreden.
- het aanpassen van de bestaande solidariteitsmechanismen.

Indien de bestaande voorzieningen sommige vormen van noodzakelijke zorg niet aanbieden, blijft de overheid hoe dan ook verantwoordelijk voor het realiseren van dit aanbod, hetzij via eigen initiatief, hetzij via bv. aangepaste financiering.

3. EEN ZIEKENHUISCONCEPT VOOR VLAANDEREN

3.1. Uitgangspunten

In de toekomst wordt het vereelde zorgaanbod door de overheid uitgetekend onder de vorm van **patiëntenprogramma's* in functie van de behoeften van de patiënten. Patiëntenprogramma's zijn omschrijvingen van ziekenhuisactiviteiten, gericht op bepaalde pathologiegroepen. Zij beschrijven deze activiteiten in termen van instapdrempels, minimale vereisten qua infrastructuur, bestafling, aantal patiënten, ... waaraan een ziekenhuis/campus moet voldoen om een bepaalde activiteit te mogen aanbieden.

Binnen de krijtlijnen van de patiëntenprogramma's, uitgetekend door de overheid, ontwikkelen ziekenhuizen hun intern zorgaanbod en het aanbod in de regio in nauw onderling overleg, via samenwerking in **netwerken*. Ziekenhuizen worden aangemoedigd om meer samen te werken, met meerdere partners. Zij maken deel uit van netwerken, waarbinnen niet elk ziekenhuis elke mogelijke activiteit intern aanbiedt, maar onderlinge afspraken maakt. De leden van een netwerk bouwen aldus transparante onderlinge verwijzestructuren uit via schriftelijk vastgelegde taakafspraken.

3.2. Netwerken

Ziekenhuizen bepalen het globale zorgaanbod in de regio en hun intern programma-aanbod in onderling overleg. Ze doen dit binnen de krijtlijnen door de overheid uitgetekend, in termen van patiëntenprogramma's die minimale activiteitsniveaus bevatten in functie van kwaliteits- en efficiëntie-overwegingen. Sommige patiëntenprogramma's biedt het ziekenhuis zelf aan en voor de andere worden schriftelijke verwijzpatronen en taakafspraken met andere ziekenhuizen vastgelegd: ziekenhuizen richten netwerken op.

In elk netwerk van ziekenhuizen, die gezamenlijk een programma aanbieden, wordt telkens één ziekenhuis als **netwerkcoördinator* aangeduid. Dit coördinerend ziekenhuis wordt het aanspreekpunt voor de overheid, voor materies die het netwerk betreffen.

Binnen deze netwerken kunnen de patiëntenstromen als volgt gereguleerd worden :

- Patiënten die andere gespecialiseerde zorg behoeven dan het ziekenhuis intern aanbiedt worden doorverwezen.

Terugverwijzing gebeurt wanneer de patiënt 'op punt gesteld is'; dan kan hij/zij voor de nazorg (bv. herstelfase, periodische follow up) terecht in een ziekenhuis, dat dichterbij zijn woonplaats gelegen is.

- Ziekenhuizen sturen patiënten met zeer zeldzame aandoeningen door naar centra die over gespecialiseerde mogelijkheden beschikken, bv. via contacten met collega's in buitenlandse ziekenhuizen, om dit type patiënten adequaat te verzorgen.
- Een hartpatiënt in een algemeen ziekenhuis dat bepaalde vormen van gespecialiseerde hartzorg aanbiedt, kan doorverwezen worden naar een ander ziekenhuis dat andere vormen van hartzorg aanbiedt, of omgekeerd.
- Ziekenhuizen kunnen hun artsen aanmoedigen om een consultantenopdracht in andere ziekenhuizen te vervullen.
- Een ziekenhuis kan zijn capaciteit een zware medisch-technische uitrusting, bv. NMR¹, röntgenvergruizer laten benutten door patiënten en artsen uit andere ziekenhuizen.
- Een medisch-technische dienst, bv. nucleaire geneeskunde hoeft niet enkel te werken voor de artsen binnen het eigen ziekenhuis, maar kan opdrachten vervullen voor andere ziekenhuizen.

- netwerk : samen sterk -

Het netwerk is een consortium van meerdere ziekenhuizen, samenwerkend in een modulair systeem, met één ziekenhuis als **netwerkcoördinator*. Een netwerk van ziekenhuizen biedt een gezamenlijk pakket van zorg aan op diverse campussen (al of niet apart erkende ziekenhuizen) - met respect voor de minimale eisen opgelegd door de overheid - zodat elke patiënt in principe toegang heeft tot alle aanwezige programma's, onafhankelijk van de plaats waarlangs hij binnenkomt in de ziekenhuiszorg. Het netwerk beslist zelf op welke plaats (campus) elk programma wordt aangeboden; dit alles uiteraard in overeenstemming met de richtlijnen die de overheid uittekent.

Netwerken worden tussen ziekenhuizen afgesloten op het niveau van programma's. Dit impliceert dat een ziekenhuis voor verschillende programma's, waarvoor het participeert in een netwerk, in principe met andere partners kan samenwerken. Uiteraard is een te groot aantal verschillende partners niet werkbaar, maar een ziekenhuis kan behoren tot meerdere netwerken, met uiteenlopende partners.

Netwerken laten toe om de eisen van geografische toegankelijkheid - een bekommernis die enigszins wordt gerelativeerd door de dichtheid van het medisch aanbod in ons land - en het aanbieden van een zorgcontinuüm (multidisciplinariteit, beschikbaarheid van het volledig diagnostisch/therapeutisch gamma) te verzoenen.

De uitbouw van samenwerkingsverbanden met de eerstelijnszorg en binnen de ziekenhuizen vereist goede afspraken tussen de diverse partners over de aard en het volume aan zorg

¹ nucleaire magnetische resonantie-scanner

die patiënten behoeven op de diverse plaatsen en over de doorverwijspatronen. Dit is mogelijk via de ontwikkeling en implementatie van zorgrichtlijnen en -protocollen.

De technologische evolutie creëert ook mogelijkheden tot het herformuleren van de relaties tussen ziekenhuizen en andere zorgverstrekkers, bv. de eerstelijnszorg (huisartsen, thuiszorg). De quasi-universele beschikbaarheid van breedbandnetwerken in Vlaanderen laat trouwens toe deze relaties via beeldinformatica ondersteuning versneld uit te bouwen.

- aandachtspunten -

Zowel omwille van de kwaliteit, als de bedrijfsmatige efficiënte, moet integratie van een coherent aanbod nagestreefd worden. Netwerking dient te gebeuren binnen de doelstelling tot *rationalisatie* van het aanbod. Netwerking geeft aanleiding tot een reële afbouw van overtollige capaciteit, en tot een daadwerkelijke concentratie van ziekenhuisactiviteiten, met het oog op het bereiken van voldoende kritische massa. Dit levert een dubbel voordeel op : meer kwaliteit voor een betere kostprijs. Dit betekent dat erkennings- en financieringscriteria optimalisatie van de aanwending van de middelen moeten nastreven. Bovendien mag netwerking niet verhinderd worden door het opleggen van al te stricte geografische grenzen. Vooral de daadwerkelijke samenwerking op vlak van de zorg is essentieel, minder de geografische afstand tussen die diverse juridische entiteiten (ziekenhuizen, die nog apart erkend zijn) die het netwerk vormen. Uiteraard blijft de maximaal wenselijke of werkbare geografische afstand ook pathologiegereleerd.

De netwerkgedachte mag niet leiden tot een toenemende complexiteit van *beslissingestructuren*. Anderzijds moet er toch voldoende eenheid van medisch beleid en (financieel) beheer nagestreefd worden om de globale coherente te behouden. Concreet betekent dit dat elk programma, ook indien ingericht in samenwerking met meerdere ziekenhuizen, georganiseerd en geïmplementeerd moet worden door één zorgéquipe, één werkelijk team van zorgverleners. Bij voorkeur zullen de netwerken (voor uiteenlopende programma's) waartoe een ziekenhuis behoort grotendeels werken met dezelfde partners.

Afspraken tussen ziekenhuizen vormen geen automatische waarborg voor een goede *spreiding* van het aanbod en een verantwoorde verdeling van de functies.

Er zou idealiter een gedeelde en solidaire verantwoordelijkheid moeten ontstaan tussen alle leden van een netwerk zodat intern zelfcorrigerend wordt opgetreden in functie van doeltreffendheid en doelmatigheid. Dit is niet evident omwille van redenen zoals zelfbehoud en financieel verlies. Indien netwerking tussen ziekenhuizen wil slagen, moeten er duidelijke afspraken bestaan met organisatorische, juridische, professionele en financiële elementen. Een samenwerking zal maar een kans maken, wanneer er geen ongelijke voor-/nadelen

worden gecreëerd en alle partijen winnen bij gestructureerde taakafspraken. Een van de elementen hierbij is de billijke verdeling van diensten en opdrachten, zodat niet alle gespecialiseerde zorg in één instelling terecht komt en de rol van de andere partner(s) gereduceerd wordt tot de opvang van voor chronische patiënten. Maar billijke verdeling mag niet gelijk staan met 'iedereen doet alles'. Het individueel belang van één partij kan overigens nooit primeren boven het belang van het netwerk.

Netwerking zal, via rationalisatie, een vermindering van het aanbod impliceren, en hierbij stelt zich de vraag in hoeverre *monopolievorming* dient vermeden te worden? Eerlijke concurrentie vormt meestal een waarborg voor dienstbaarheid en kwaliteitsvolle service. Ook binnen een netwerk moet keuzevrijheid echter mogelijk blijven om het streven naar meer dienstverlening, betere resultaten en open informatiesystemen te behouden. Een té rigide en statische bepaling van ieders rol door de overheid is dus niet wenselijk, omdat een keurlijfareglementering het individueel initiatief op termijn doodt. Maar de partners moeten onderling wel hun afspraken en taakverdeling vastleggen. De reglementering en financiering van de zorgverlening moet optimalisatie op netwerkniveau zo efficiënt mogelijk bewerkstelligen, zonder zelf optimale structuren op te leggen.

Onderlinge doorverwijzing tussen ziekenhuizen kan aangemoedigd worden door samenwerkingsovereenkomsten, die netwerking *faciliteren*. Ook het financieringssysteem dient hier een ondersteunende rol te vervullen. Toch moet de overheid hier voldoende beperkingen inbouwen, om een explosie van het zorgaanbod tegen te gaan.

Elk programma kan in principe door een alleenstaand ziekenhuis worden aangeboden. Zowel kwalitatieve als bedrijfseconomische criteria kunnen en zullen ziekenhuizen ertoe aanzetten bepaalde programma's in samenwerking aan te bieden. Hoe en onder welke voorwaarden dit het geval is, dient verder onderzocht te worden. Per activiteit, die het voorwerp kan uitmaken van een netwerk, moet nauwkeurig vastgelegd worden of deze zich al dan niet in haar geheel noodzakelijkerwijze op één campus dient te bevinden. In elk geval zal elke vorm van samenwerking moeten voldoen aan welomschreven criteria waaruit de effectieve samenwerking blijkt. Samenwerking wordt aangemoedigd door meerdere ziekenhuizen, die op diverse campussen opereren, onder eenzelfde beheer te brengen. Indien één beheer beslissingen neemt over meerdere ziekenhuizen zal een aanbodexplosie zich minder vlug voordoen. Ziekenhuizen onder eenzelfde beheer zullen immers elk programma niet op meerdere plaatsen willen aanbieden. In geval van afzonderlijk beheer is dit meer waarschijnlijk, omwille van concurrentiële overwegingen.

Het netwerk moet ter erkenning aan de bevoegde gemeenschaps-overheid worden voorgelegd.

Ook in de financiering dient er expliciet voor gezorgd te worden dat samenwerking bevordert wordt. Zo kunnen bv. juridische constructies ontwikkeld worden die toelaten om de kosten en opbrengsten specifiek voor bepaalde programma's te soorten voor de diverse ziekenhuizen, die patiënten doorverwijzen naar het betreffende programma. In dergelijk systeem realiseert elk ziekenhuis ook een financieel voordeel door doorverwijzing (minder kosten, toch nog een deel van de opbrengsten).

3.3. Omschrijving ziekenhuisactiviteiten op basis van "patiëntenprogramma's"

- *concept* -

Een programma is een geheel van ziekenhuisactiviteiten, uitgevoerd binnen een ziekenhuis of netwerk omvattende:

- een coherent georganiseerd antwoord op een gezondheidsprobleem van de patiënt,
- in een gestructureerd geheel van diensten en dienstverlening waarbij,
- in een gecoördineerd multidisciplinair verband, georganiseerd en geïmplementeerd door één verantwoordelijke equipe van zorgverleners voor alle deelnemende ziekenhuizen
- en met een medische en verpleegkundige permanentie,
- aan de patiënt de voor zijn situatie meest geschikte medisch-specialistische, verpleegkundige en paramedische zorg (primaire processen) en andere, ondersteunende diensten (bv. logistiek, administratie) op de meest effectieve en efficiënte manier wordt aangeboden,
- in een continuüm van diagnostiek, behandeling en revalidatie,
- onder de voor de patiënt meest geschikte vorm van polikliniek, een-dagbehandeling of opname, en dit alles in nauwe, aantoonbare relatie met nazorg en thuiszorg
- met de bedoeling om bij de patiënt op een zo kort mogelijke tijd de ziekte te bestrijden of te verlichten, de gezondheidstoestand te herstellen of te verbeteren of de letsels te stabiliseren

De krijtlijnen waarbinnen de overheid ziekenhuizen netwerken laat ontwikkelen worden gebaseerd op patiëntenprogramma's, die niet meer - zoals de huidige erkenningsnormen voor ziekenhuizen - uitgaan van (infra)structurele eisen, maar van ziekenhuisactiviteiten.

Een multidisciplinaire aanpak wordt meer en meer noodzakelijk omwille van de intensivering van de zorgverlening en het toenemend technologisch karakter van de ziekenhuiszorg, want dit stimuleert de kwaliteit. Ook de permanentie is noodzakelijk voor de kwaliteit; om de medische permanentie in elke discipline te kunnen verzekeren, daar waar deze vereist is, moeten, zelfs in de kleinste ziekenhuizen, minstens 2 artsen per discipline werkzaam zijn.

Opdat de patiënt de gewenste zorg zou krijgen zullen huisartsen moeten leren 'preciezer' door te verwijzen (cfr. supra).

- parameters -

Elk van de programma's kan omschreven worden in termen van een aantal parameters, m.n.:

- de doelgroep (leeftijdscategorie van de patiënten en pathologie) en de activiteiten (aard en inhoud van de diagnostische en therapeutische zorg die aan de patiënten wordt aangeboden)
- vereiste materiële infrastructuur (bedden, uitrusting, apparatuur, logistiek, ...) en vereiste personeelsondersteuning qua medisch, verpleegkundig en paramedisch personeel (aantal, kwalificaties)
- minimale volumee, om voldoende ervaring en deskundigheid (en bijgevolg kwaliteit van de zorg) evenals bedrijfseconomische efficiëntie (goede bezetting infrastructuur, voldoende benutting personeelspermanentie) te garanderen ; tenzij expliciet anders vermeld moeten deze minimale alleen vervuld zijn voor elke fysieke plaats binnen het netwerk waar het programma wordt aangeboden
- mogelijkheid tot en criteria voor gestructureerde samenwerking tussen ziekenhuizen op het vlak van bepaalde programma's of onderdelen (i.e. voorwaarden voor netwerkvorming)
- voor gespecialiseerde programma's, zo nodig, de vereiste relatie met bepaalde andere gespecialiseerde programma's/modules alsook logische combinaties van programma's/modules, rekening houdende met criteria van kwaliteit, geografische toegankelijkheid en efficiëntie.

Elk programma moet zich onderwerpen aan een systeem van - zowel interne als externe - kwaliteitsopvolging, die minimaal een aantal aangelegenheden onderzoekt (o.a. kwantitatieve en kwalitatieve proces- en outcome-indicatoren); bv. indicatiestelling voor diagnostische technieken en behandelingen, diagnose en behandeling: processen en resultaten, algemene werking: kritische activiteitsniveaus, geografische toegankelijkheid, doorverwijzingsmodaliteiten, sociale toegankelijkheid, morbiditeit en mortaliteit, heropname.

- Universele en gespecialiseerde programma's -

Er worden twee types programma's onderscheiden: de **universele* en de **gespecialiseerde programma's*: universele programma's, die de basiszorg aanbieden en gespecialiseerde programma's, die meer gespecialiseerde zorg aanbieden, waarvoor bijzondere infrastructuur,

bijzondere know-how, bijzondere ingrepen vereist zijn en die een bijzondere ethische, psychische, juridische en multi-dimensionale benadering vereisen. Daarnaast zal een beperkt aantal patiënten tot een categorie van 'uitzonderingen' behoren. Een ziekenhuis dient daarenboven permanent en binnen strikte tijdslimieten beroep te kunnen doen op de basisfuncties zoals die in de huidige normen zijn voorzien, met name klinische biologie, ziekenhuisapotheek, ... De omschrijving van de diverse programma's kan niet op een zuiver statistische manier gebeuren. De resultaten van een eerste statistische benadering moeten worden getoetst aan de medisch/verpleegkundige realiteit. Bij de statistische benadering dient het gebruik van gemiddelden vervangen te worden door een meer geëigende benadering, die de heterogeniteit van de patiëntenpopulatie weerspiegelt.

UNIVERSELE PROGRAMMA'S

Dit zijn de elementaire zorgpakketten, die elk acuut ziekenhuis moet kunnen aanbieden. Deze universele programma's hebben betrekking op de courante ziektepatronen en voorzien in de basisbehoeften aan intramurale zorg van een populatie. Zij zijn algemeen medico-chirurgisch van aard en kunnen gedifferentieerd worden in functie van leeftijdsgroepen. Deze programma's richten zich op de meest voorkomende pathologieën die eenvoudig te behandelen zijn en waarvoor de procedurele verplichtingen voor diagnose en/of therapie eenvoudig zijn en/of geen bijzonder grote investeringen vergen in materiële of personele middelen. De invulling van protocollen en richtlijnen geschiedt na consultatie van wetenschappelijke verenigingen, universiteiten en beroepsgroepen.

Er worden universele programma's geïdentificeerd voor de volgende patiëntengroepen: kinderen, volwassenen en geriatrische patiënten (gedefinieerd op basis van leeftijd en functionele toestand, aanwezigheid van multipathologie en kenmerkend verzorgingsprofiel, bv. MVG²).

Tot de universele programma's behoort ook het **diagnostisch programma*. Dit programma richt zich naar patiënten met niet onmiddellijk af te lijnen of herkenbare problematiek of pathologie.

Het zijn de patiënten die opgenomen worden voor zogenaamde 'observatie'.

Het kan hier gaan om een ingewikkeld ziektebeeld waarvoor een beperkt aantal technische onderzoeken nodig is vooraleer kan beslist worden in welk programma deze patiënt thuishoort, of om eerder vage ziektebeelden die evenmin direct onder te brengen zijn in een bepaald programma.

² Minimale verpleegkundige gegevens

GESPECIALISEERDE PROGRAMMA'S, of programma's voor bijzondere pathologiegroepen

Zij richten zich op groepen van patiënten met een herkenbare en af te lijnen problematiek of pathologie. Deze programma's vereisen een bijzondere, uitgesproken multidisciplinaire deskundigheid, organisatie, technologie, infrastructuur, Zij kunnen probleem/pathologie-geïntendeerd zijn (bv. behandeling chronische nierinsufficiënte, hartchirurgie, intensieve neonatologie³, haemato-oncologie⁴, polytrauma, zware brandwonden) of eerder functioneel/organisatorisch (bv. spoedgevallenoopvang).

In functie van een verdere logische onderverdeling van de doelgroepen, diagnostische en/of therapeutische procedures, specifiek benodigde infrastructuur en/of personele middelen kan men, zo nodig, een programma onderverdelen in onderscheiden modules. Sommige modules vereisen heel gespecialiseerde zorg (bv. transplantaties) of omvatten de zorg voor heel zeldzame aandoeningen of zorg op basis van technologieën (bv. 3D PET camera's⁵) die nog in ontwikkeling zijn (supergespecialiseerde modules) en zullen daarom slechts in een heel beperkt aantal ziekenhuizen aangeboden worden.

'UITZONDERINGEN': patiënten met een uitzonderlijke ziektesituatie

Een beperkt aantal patiënten vereisen een uitzonderlijk en niet veralgemeenbaar zorgpatroon, omwille van de ernst van de pathologie. Bijgevolg kunnen ze niet ingepast worden in een algemene groep van vergelijkbare patiënten, en vallen daarom buiten de universele of gespecialiseerde programma's.

Hun aandeel in de totale ziekenhuisactiviteit is beperkt, maar dient nog precies vastgelegd te worden. Hun aandeel zal uiteraard kleiner worden naarmate de indeling in programma's en modules verfijnder wordt. Zij kunnen zowel voorkomen in universitaire als in algemene ziekenhuizen.

3.4. Een ziekenhuis als geïntegreerd geheel van programma's

Op basis van het bovenstaande kan een 'ziekenhuis' ten slotte omschreven worden als een kader waarbinnen programma's optimaal kunnen functioneren, zowel vanuit kwaliteits- als vanuit efficiëntie-overwegingen (i.e. voldoende kritische massa, bedrijfseconomisch voldoende schaalgroottes en scope) en in nauwe onderlinge interactie.

In dit alles evolueren ziekenhuizen van verticale naar horizontale organisatievormen, van gesloten naar open organisaties, die een veelheid van samenwerkingsverbanden afsluiten met andere ziekenhuizen en andere zorgverleners (netwerking).

³ intensieve dienst voor pasgeborenen

⁴ oncologie : gezwellen, haematologie : bloedziekten

⁵ PET camera's :

3.5. Gedifferentieerde typen ziekenhuizen

Het doortrekken van dit programmaconcept naar ziekenhuisinfrastructuur leidt tot een gedifferentieerd ziekenhuislandschap met meerdere typen ziekenhuizen, zowel qua grootte, als qua aantallen en soorten programma's en qua soorten opdrachten, met degelijke onderlinge taakafspraken en doorverwijpatronen.

In de toekomst zullen alle ziekenhuizen een variëteit van patiëntenprogramma's aanbieden. Dit aanbod wordt vastgelegd, binnen de klijndijnen uitgetekend door de overheid, in overleg met naburige ziekenhuizen en andere zorgvoorzieningen. Sommige ziekenhuizen bieden veel programma's zelf aan, andere weinig. Sommige ziekenhuizen bieden enkel universele programma's aan, andere bieden ook gespecialiseerde aan. Ziekenhuizen sluiten samenwerkingsakkoorden af met andere ziekenhuizen, om een optimale doorverwijzing van patiënten tussen de verschillende programma's en modules te garanderen om een optimale zorg aan en doorverwijzing van patiënten te garanderen. In het kader van de netwerken kunnen gespecialiseerde diensten van ziekenhuizen optreden als serviceziekenhuizen voor andere ziekenhuizen. De meeste ziekenhuizen zullen echter niet alle programma's intern (binnen de eigen muren) aanbieden. Vandaar dat alle ziekenhuizen samenwerkingsovereenkomsten afsluiten met anderen die complementaire programma's aanbieden.

Naast dit lulk patiëntenzorg, doen een aantal ziekenhuizen ook een wetenschappelijk onderzoek en een beperkt aantal heeft, desgevallend in nauwe relatie met een faculteit geneeskunde, ook een opleidings- en trainingsfunctie. De opleidingsfunctie van arts wordt gecoördineerd door de medische faculteiten en de universitaire ziekenhuizen, die vanuit deze opdracht, ook een ruime activiteit op vlak van wetenschappelijk onderzoek moeten ontwikkelen, maar de opleiding kan ook worden georganiseerd in een algemeen ziekenhuis.

Op basis van bovenstaande schets van het ziekenhuislandschap, kan afgeleid worden dat in de regelgeving twee concepten duidelijk moeten omschreven worden: de basisvoorwaarden waaraan elk ziekenhuis moet voldoen om als ziekenhuis te kunnen functioneren (om als ziekenhuis erkend te worden) - dit wordt hier aangeduid met de term 'algemeen ziekenhuis' en het concept 'universiteir ziekenhuis'.

Algemeen ziekenhuis (met of zonder gespecialiseerd intern programma-aanbod)

Een "algemeen ziekenhuis" moet de eerste opvang kunnen verzekeren van alle patiënten die zich aanmelden. Een algemeen ziekenhuis is in staat de patiënten die zich aanbieden ofwel optimaal zelf te behandelen ofwel, na de patiënt te hebben gestabiliseerd, door te verwijzen naar een meer geëigende instelling. De zorg wordt verstrekt onder de vorm van klassieke hospitalisatie, daghospitalisatie en polikliniek.

Om een antwoord te kunnen bieden op alle noodsituaties die van buiten de instelling worden aangebracht of zich binnen de instelling zelf voor doen moet een algemeen ziekenhuis beschikken over een geneeskundige en verpleegkundige permanente, onder leiding van een hoofd van respectievelijk het medisch- en het verpleegkundig departement. Deze functie is gericht op twee activiteiten binnen de instelling, nl.

- op een continue manier medische en verpleegkundige zorgen verstrekken aan opgenomen patiënten;
- 24 uur op 24 medische en verpleegkundige zorgen kunnen verstrekken aan patiënten die zich op verwijzing van hun huisarts of spontaan aanbieden in het ziekenhuis - dus niet noodzakelijk aan patiënten waarvan de vitale functies in gevaar zijn; zij moeten indien nodig wel geïstabliseerd kunnen worden. Ook in het kader van netwerking en fusie van ziekenhuizen moet een opvang van spoedgevallen verzekerd kunnen worden.

De arts die de medische permanente uitoefent moet steeds een beroep kunnen doen op een andere arts-specialist per discipline die binnen een nader te bepalen tijdsruimte effectief bij de patiënt aanwezig kan zijn.

Het ziekenhuis moet een minimumactiviteit hebben en een minimumgrootte vanuit bedrijfs-economisch oogpunt.

De basisfuncties die in elke erkende instelling moeten aanwezig zijn, worden daarenboven aangevuld met bijkomende functies om eveneens de gezondheidsproblemen eigen aan een jonge of een bejaarde patiëntenpopulatie doeltreffend op te vangen.

Om aan de hierboven afgeleide opdracht te voldoen moet het algemeen ziekenhuis permanent beschikken over de nodige medisch-technische ondersteuning (medische beeldvorming, labo, ...) om zo snel mogelijk een diagnose te stellen en medische en logistieke diensten (bv. operatiekwartier, sterilisatie, apotheek) om de patiënt zo efficiënt mogelijk te verzorgen en/of te stabiliseren om hem, indien nodig, door te verwijzen naar een meer geëigende voorziening.

Hierbij is het niet noodzakelijk dat alle hierboven bedoelde infrastructuur zich binnen dezelfde muren situeert, maar wel dat er een efficiënt (permanent, snel) beroep kan worden op gedaan (bv. labo, apotheek).

Het ziekenhuis moet meewerken aan een systematische evaluatie van de kwaliteit van het zorgproces en van het resultaat ervan, op basis van een typologie van patiënten in homogene pathologiegroepen.

Universitair Ziekenhuis

Een **universitair ziekenhuis* is een algemeen ziekenhuis, dat naast patiëntenzorg ook nog opdrachten vervult, op het vlak van:

- onderwijs (vooral medische vorming, via band met een faculteit geneeskunde)
- wetenschappelijk onderzoek:
 - het fundamenteel onderzoek wordt uitgevoerd aan de universiteiten, in nauwe relatie met de universitaire ziekenhuizen;
 - het toegepast onderzoek behoort tot de specifieke opdracht van de universitaire ziekenhuizen, omwille van hun nauwe band met zowel het fundamentele onderzoek als met de meest geavanceerde patiëntenzorg; het toegepast onderzoek kan ook uitgevoerd worden in algemene ziekenhuizen, die hiervoor over het vereiste structurele en wetenschappelijke kader, zowel qua infrastructuur als mankracht, beschikken
- ontwikkeling van nieuwe technologieën: ontwikkeling en evaluatie van nieuwe technologieën en aanpassing en ontwikkeling van richtlijnen voor hun toepassing in de routinepraktijk (bv. indicatiestelling).

Wat betreft de patiëntenprogramma's concentreren universitaire ziekenhuizen zich bij voorkeur op geavanceerde medisch-specialistische zorg. Niet-universitaire algemene ziekenhuizen doen een beroep op universitaire centra voor hun expertenkennis. Vanuit haar specifieke opdrachten vervult een universitair ziekenhuis m.a.w. ook de functie van serviceziekenhuis naar de algemene (niet-universitaire) ziekenhuizen.

Universitaire ziekenhuizen bestaan uit één of meerdere vestigingen onder éénzelfde, aparte beheersstructuur en vervullen bovenstaande opdrachten op een geïntegreerde wijze. De medische staf, die bovenstaande opdrachten op een geïntegreerde wijze vervult, bestaat hoofdzakelijk uit het vast medisch-academisch personeel van de faculteit geneeskunde van de universiteit waarmee het ziekenhuis verbonden is.

Verwecht wordt dat universitaire ziekenhuizen méér dan andere ziekenhuizen een innovatieve voortrekkerrol vervullen; zij houden zich, naast de routine-patiëntenzorg, ook bezig met de geneeskunde die binnen 6 à 10 jaar tot de routinezorg gaat behoren. De status 'universitair ziekenhuis' moet blijvend verdienend worden in functie van reële activiteiten.

Ter invulling van deze opdrachten kan het universitair ziekenhuis netwerken oprichten met andere ziekenhuizen.

3.6. Concrete invulling

Rekening houdend met de wens tot adequate spreiding van de basisvoorzieningen, waarbij elke patiënt zich op een redelijke afstand van een ziekenhuis moet bevinden, kan men stellen dat met ongeveer 65-70 ziekenhuizen de ziekenhuiszorgbehoeften in 2005 in Vlaanderen kunnen gedekt worden.

Er zal zich m.a.w. een schaalvergroting en een concentratiebeweging voordoen. Deze concentratie, via netwerkvorming, zal zich méér voor doen voor de gespecialiseerde dan voor de universele programma's. Deze beweging, die van de patiënten en bezoekers in een beperkt aantal gevallen (bv. voor sommige gespecialiseerde programma's) een verhoogde mobiliteit vergt, zal resulteren in betere zorg voor de patiënten. Wellicht moet voor een aantal programma's, zoals geriatrie en pediatrie (veel bezoekers, frequente opnamen) en spoedgevallen die afstandsdimensie toch goed in het oog gehouden worden.

4. DENKPISTES VOOR EEN AANGEPASTE FINANCIERING

Een nieuw ziekenhuisconcept waarover consensus kan groeien, kan maar succesvol ingevoerd worden indien het financieringssysteem hiermee in overeenstemming gebracht wordt. Het is relatief eenvoudig om onderlinge verstandhouding over een aantal uitgangspunten voor een aangepaste financiering te bereiken. Deze worden hieronder uiteengezet. Moelijker wordt het echter wanneer aan deze principes een concrete invulling moet gegeven worden. Dit blijkt uit de vele uiteenlopende ervaringen met hervormingen in de financiering in andere landen, alsook met de afwezigheid van eensgezindheid in de wetenschappelijke literatuur terzake. Hieronder worden een aantal mogelijke denkplaatjes ter invulling van de uitgangspunten voorgesteld.

4.1. Uitgangspunten

Een aangepast financieringssysteem dient zeker te voldoen aan de volgende vereisten :

- voor de ziekenhuizen -

- De financiële middelen moeten 'rechtmatig' verdeeld worden tussen de instellingen. Idealiter impliceert dit dat het budget tussen ziekenhuizen onderling enkel mag verschillen indien zij (a) een verschillend aantal patiënten of (b) andere soorten patiënten (bv. aard en ernst van de pathologie) behandelen. Alle andere niet-terzake doende criteria (bv. aantal bedden) mogen geen aanleiding geven tot gedifferentieerde financiering. De financiering moet m.a.w. PATHOLOGIEGEBASEERD zijn (zie 4.2.1.), en bovendien moet elk ziekenhuis EENZELFDE FINANCIERING krijgen voor EENZELFDE PRODUCT, dat op kwaliteitsvolle wijze moet afgeleverd worden (zie 4.2.2.).
- Een ziekenhuis moet voldoende financiering krijgen om zijn maatschappelijke opdracht te vervullen. De overheid moet m.a.w. kunnen nagaan hoeveel middelen nodig zijn om adequate zorg te verlenen ; dit zal uiteraard samenhangen met de aard en de ernst van de pathologie. Dit alles impliceert dat ziekenhuizen voldoende middelen krijgen om GEËIGENDE ZORG te verlenen (zie 4.2.3. en 4.2.5.).
- Tenslotte wensen ziekenhuizen budgetzekerheid. Om een goed beleid te kunnen voeren moeten ziekenhuizen precies weten op hoeveel financiële middelen ze recht hebben, in functie van hun aantal en soort patiënten. Het is niet wenselijk dat de overheid 'tijdens

het spel de spelregels wijzigt'. Dit is m.a.w. een pleidooi voor TRANSPARANTIE EN RECHTSZEKERHEID (zie 4.2.4.).

- voor de overheid -

- Ondanks de financiële beperkingen, mag de overheid niet blind zijn voor wijzigingen in maatschappelijke behoeften en in wetenschappelijke en technologische evoluties. Het systeem moet voldoende mogelijkheden bevatten om de financiering SYSTEMATISCH AAN TE PASSEN aan deze wijzigende omstandigheden (zie 4.2.5.).
- De overheid beoogt expliciet een beleid uit te tekenen voor de gezondheidszorg als geheel, rekening houdend met de wisselwerking tussen de diverse onderdelen. Deze interacties moeten ook in het financieringssysteem geïntegreerd worden. Dit impliceert dat de ziekenhuisfinanciering niet los van de financiering van andere zorgvormen mag bekeken worden (zie 4.2.6.).
- De financiering moet rekening houden met de macro-economische budgettaire beperkingen. Dit impliceert dat er op macrovlak dient uitgegaan te worden van een jaarlijks vooraf vastgelegd budget voor de gezondheidszorg, dat niet kan overschreden worden (tenzij in zeer uitzonderlijke omstandigheden). Bovendien dient de financiering ziekenhuizen ook aan te moedigen tot een zuinig beheer van de middelen, maar niet ten koste van de kwaliteit en financiële toegankelijkheid van de zorg. Een 'GEMENGD' financieringssysteem, dat deels vast is en deels variabel (afgestemd op de activiteiten), en dat deels retro- en deels prospectief is, biedt goede waarborgen om prikkels tot zuinigheid te combineren met een goede kwaliteit en toegankelijkheid (zie 4.2.7.).

Elk van deze aspecten wordt in de volgende paragraaf verder uitgewerkt. De laatste paragraaf tenslotte bevat een meer concrete denkplek voor een financieringssysteem waarin een aantal van de bovenstaande elementen verwerkt zijn.

4.2. Wenselijke kenmerken van een financieringssysteem

4.2.1. *Pathologiefinanciering

Ziekenhuizen moeten middelen krijgen in functie van de pathologie die ze verzorgen. Per programma wordt nagegaan welke pathologieën er aan bod komen en de omvang van de financiering wordt afgestemd op de aangewezen zorgverlening voor elk van deze groepen (i.e. op het 'product' dat het ziekenhuis zou moeten aanbieden aan elk van deze patiënten). In de gevallen waar een programma wordt aangeboden door een netwerk van meerdere

ziekenhuizen, kan op termijn de financiering van overheidswegge toegankelijk worden via het coördinerende ziekenhuis, dat met de partners schriftelijke afspraken maakt over de verdeling van de financiële middelen. Hier komt de overheid niet in tussen ; de instellingen zijn zelf veel beter geplaatst om financiële afspraken te maken.

4.2.2. Een prijs voor éénzelfde nodig en kwalitatief product

Voor de PATIËNTENZORG activiteiten geldt dat voor elk ziekenhuis of netwerk dat een bepaald programma van patiëntenzorg aanbiedt de financieringscriteria dezelfde zijn. Dit betekent dat elk ziekenhuis, of netwerk, dat hetzelfde type pathologiepopulatie, en evenveel patiënten, aantrekt per programma/module over evenveel financiële middelen beschikt voor dat programma. De 'prijs' per product wordt afgestemd op de 'nodige' zorg, de geëigende zorg (cfr. infra), die op kwaliteitsvolle wijze moet afgeleverd worden.

Deze idee van 'eenzelfde prijs voor eenzelfde product' moet ook gelden naar de patiënt toe: in elk ziekenhuis dat een bepaald programma aanbiedt moet de patiënt dezelfde 'geëigende' zorg kunnen krijgen, tegen dezelfde prijs. Indien de patiënt bijkomende eisen stelt (bv. verblijf op een eenpersoonskamer, niet-dringende weekendopname) kan een bijkomende prijs gevraagd worden, die echter niet hoger mag zijn dan een bepaald maximum.

In de toekomst moeten de budgetten voorzien voor de ONDERWIJS-, ONDERZOEKS- EN ONTWIKKELINGSactiviteiten van de (universitaire) ziekenhuizen afgezonderd worden van het budget patiëntenzorg. Hierbij mag niet uit het oog verloren worden dat de huidige financiering voor patiëntenzorg ook een deel van de additionele opdrachten financiert. Bovendien worden de onderzoeksbudgetten in praktijk vooral toegekend voor fundamenteel wetenschappelijk onderzoek.

In praktijk dreigen het toegepast wetenschappelijk onderzoek, en vooral het ontwikkelingswerk, in de kou te blijven staan. Maar via een gedefederaliseerd gezondheidsbeleid kan een onderlinge afstemming van de financiering voor onderwijs, wetenschappelijk onderzoek en patiëntenzorg wellicht makkelijk gerealiseerd worden.

4.2.3. Globale financiering van 'geëigende zorg'

Bij het vastleggen van de vergoedingen dient gegarandeerd te worden dat, met het voorziene budget, de ziekenhuizen in staat zijn om, binnen de aangeboden programma's, hun maatschappelijke opdracht te vervullen.

Hiertoe worden in eerste instantie de patronen van 'geëigende', van passende zorgverlening (vertaling van 'appropriate care', in navolging van het werk aan de RAND Corporation, een onderzoeksinstituut in de VSA) geïdentificeerd. Dit zijn de medische, verpleegkundige en

paramedische interventies die beschouwd worden als de standaard voor kwalitatief hoogstaande zorgverlening aan de beoogde patiëntenpopulatie, volgens de meest recente wetenschappelijke inzichten. 'Geëigende zorg' houdt zowel in dat de beoogde patiëntenpopulatie enkel de vereiste zorgverlening ontvangt (i.e. vermijden van overbodige zorgverlening), als dat de totale beoogde patiëntenpopulatie deze zorg volledig toegediend krijgt (i.e. vermijden van onderconsumptie). 'Geëigende zorg' impliceert ook dat, zo nodig, rekening gehouden wordt met de impact van de sociale achtergrond op de gezondheidstoestand van de patiënt.

Vervolgens kan, uitgaande van een standaardkost voor elk van die aangewezen zorgpakketten, berekend worden hoeveel middelen een ziekenhuis grosso modo nodig heeft, om deze zorg te verlenen. Hierbij worden, naast de primaire, ook de secundaire processen (bv. administratie, onderhoud) in rekening gebracht. Deze bedragen zijn niet gebaseerd op de reële, historische kosten van elk individueel ziekenhuis, ze zijn m.a.w. 'forfaitair'. De voorziene bedragen zijn bijgevolg identiek voor elk ziekenhuis dat het betreffende programma aanbiedt ('eenzelfde prijs voor eenzelfde product'). Vermits ziekenhuizen in de toekomst omschreven worden in functie van programma's moet het makkelijker worden (dan met de huidige diensten/bedden benadering) om de vereiste middelen per pathologiegroep vrij accuraat te ramen.

4.2.4. Transparantie en rechtzekerheid

Ter verhoging van de rechtzekerheid dient de overheid 'open kaart' te spelen met de ziekenhuizen en artsen, door de basisgegevens die ze kantaart bij de opstelling van de financieringsregels, alsook de toegekende budgetten per ziekenhuis of netwerk op voorhand bekend te maken. Het is noodzakelijk dat de budgetten en toekenningscriteria raadpleegbaar zijn, ook door derden. Op die manier kan er bij betwistingen gediscussieerd worden op basis van gefundeerde gegevens.

De overheid moet bv. expliciet aanduiden welke ingezette middelen (bv. welke uitrusting, bestaffingsniveaus en -kwalificaties) gefinancierd moeten worden via welke budgetten.

Ziekenhuizen kunnen ook maar goed beheerd worden indien de verantwoordelijken op voorhand zicht hebben op het budget waarover ze voor een werkjaar kunnen beschikken, of althans weten hoe het budget evolueert met de activiteitsgraad. De overheid moet m.a.w. klaarheid scheppen vóór het begin van het werkjaar, en geen wijzigingen aanbrengen tijdens het werkjaar. Ideaaliter zal de overheid zelfs duidelijkheid verschaffen over meerdere jaren. Dit gebeurt bijvoorbeeld nu reeds voor het investeringsbeleid.

Hierbij aansluitend wordt ook aanbevolen dat ziekenhuizen, die voor het overgrote deel met publieke middelen werken, hun jaarrekening publiceren als vorm van verantwoording van

hun middelengebruik naar de samenleving. Ook commerciële bedrijven stellen jaarlijks deze informatie beschikbaar voor o.a. hun aandeelhouders, financiers, klanten en leveranciers.

4.2.5. Systematische aanpassingen

Omwille van maatschappelijke, wetenschappelijke en technologische evoluties zullen de vereiste financiële middelen wijzigen na verloop van tijd (bv. CAO's, inflatie, wijzigingen in de kwalificatieniveaus, lagere aankooprijzen voor uitrusting, nieuwe aandoeningen, ...). Het is aangewezen dat de mogelijkheid om de financiering accuraat en snel aan te passen aan deze gewijzigde omstandigheden van bij de aanvang in de financiering wordt ingebouwd.

Een eerste stap bestaat erin de wettelijk vereiste kostprijsboekhouding van de ziekenhuizen zo goed mogelijk in overeenstemming te brengen met de gewijzigde erkennings- en financieringsmodaliteiten, zodat een en ander makkelijk uit de boekhouding kan afgeleid worden. Hierbij is de denkplateau van 'activity based costing', waarbij kosten eerst worden toegewezen aan 'activiteiten' (bv. operatie, medisch-technische prestatie) en vervolgens aan 'producten' (patiëntengroepen) zeker aanbevelenswaardig.

Indien de zorgverlening duurder wordt, zullen de verstrekkers uiteraard tijdig de overheid op de hoogte brengen van de ontoereikendheid van de toegekende budgetten. In geval van toenemende kosten zal de taak van de overheid zich bijgevolg beperken tot het evalueren van de gegrondheid van aanvragen tot verhoogde financiering, op basis van goed onderbouwde, representatieve kostenstudies. Maar steeds geldt dat de verhoging, indien gegrond geacht, moet toegestaan worden voor alle ziekenhuizen, die het programma aanbieden (en niet enkel voor het aanvragende ziekenhuis). De overheid zal hier uiteraard een spiraal van inflatoire kostenrapportering moeten vermijden.

Indien de zorgverlening goedkoper wordt, kan niet dezelfde strategie van de verstrekkers verwacht worden. In dit geval moet het initiatief tot budgetverlaging van de overheid uitgaan. Hierin kan bv. de Vlaamse Gezondheidsraad adviserend optreden, ondersteund vanuit degelijk beleidsvoorbereidend wetenschappelijk onderzoek.

Het systeem moet ook de ruimte bieden om ziekenhuizen nieuwe of additionele programma's te laten opstarten. Een toelating tot uitbreiding van ziekenhuisactiviteiten naar een bijkomende patiëntenpopulatie zal, via de vereiste verbouwings- of nieuwbouwwerken, door de overheid verleend worden indien hiermee een maatschappelijke behoefte gedekt wordt en indien het aanvragende ziekenhuis goed in staat geacht wordt om deze activiteiten uit te voeren (cfr. beoordelingscriteria zorgstrategisch plan). Indien dergelijke toelating gepaard gaat met een uitbreiding van het totale activiteitenpakket van de Vlaamse ziekenhuizen (m.a.w. geen afbouw in andere ziekenhuizen), dient de overheid hiervoor bijkomende financiële middelen te voorzien.

4.2.6. Financiering onafhankelijk van de zorgvorm, incl. arts- en ziekenhuisprestaties

- *Ziekenhuiszorg versus extramurale zorg* -

Vermits de grens tussen de 'ambulante' medische activiteiten en deze die plaatsgrijpen in ziekenhuisverband sterk vervaagt, verdient het aanbeveling om deze vormen van zorgverlening binnen één pakket te erkennen en te financieren, in plaats van deze zorgvormen apart en onafhankelijk van elkaar te beschouwen. Dit is een bijkomende reden waarom de financiering de patiënt en zijn pathologie moet volgen, in plaats van de zorgvorm (ambulante, daghospitallisatie of opname in ziekenhuis). Een aparte en afzonderlijke financiering zou impliceren dat veel mogelijkheden tot optimalisering van de zorgverlening (betere kwaliteit voor de patiënt tegen lagere prijs voor de gemeenschap) niet gerealiseerd worden, vermits elke zorgvorm zijn patiënten zoveel mogelijk zou willen behouden. Bovendien zou een aparte financiering aanleiding kunnen geven tot - voor de patiënt - ongewenste verschuivingen van de ziekenhuiszorg naar de ambulante zorg (bv. medische prestaties die tijdens het ziekenhuisverblijf kunnen gerealiseerd worden zouden kunnen verschoven worden naar de ambulante praktijk, voor of na de ziekenhuisopname).

Bij het ontwerpen van de financiering zal hieraan de nodige aandacht moeten besteed worden. Zo heeft het lang uitblijven van een coherente reglementering en financiering van de daghospitallisatie duidelijk een vertragend effect gehad op de uitbouw van dagziekenhuisactiviteiten in België. Ter optimalisering van het zorgpakket zou in deze nieuwe visie ook voor de pluridisciplinaire raadpleging voldoende financiële middelen moeten voorzien worden. De ziekenhuisfinanciering mag geen drempel vormen die belet dat patiënten, die elders behandeld worden (in een ander ziekenhuis, of in een andere zorgvorm buiten het ziekenhuis) niet doorverwezen worden. Integendeel, de financiering zou dit soort doorverwijzing, die de kwaliteit van de zorg ten goede komt, moeten aanmoedigen. Ziekenhuizen mogen m.a.w. niet financieel gestraft worden indien ze veel patiënten doorverwijzen (cfr. supra). In dit alles zal uiteraard de kwaliteit van de zorg moeten gemonitord worden, o.a. via peer review en kwaliteitsindicatoren.

Pathologiefinanciering moet zodanig uitgedacht worden dat een evolutie van intramurale zorg naar ambulante zorg enerzijds niet belemmerd wordt door fenomenen van inkomstanderving voor ziekenhuizen. Anderzijds moeten ook (voor de patiënt) ongewenste verschuivingen naar de ambulante sector vermeden worden. Ook in het kader van de infrastructuurbetoelaging dient het bouwbeleid in functie te staan van een verantwoord zorgbeleid.

- Medische prestaties binnen het ziekenhuis -

De stijgende complexiteit en intensivering van de zorg, en de groeiende professionalisering van het management van ziekenhuizen impliceert in toenemende mate dat ziekenhuiszorg maar goed kan georganiseerd en verleend worden via een nauwe samenwerking tussen artsen en beheer. De complementariteit van beide partijen vereist in toenemende mate dat artsen mee participeren en verantwoordelijkheid dragen voor het beheer van de voorzieningen. Een logisch uitvloeisel van deze gedeelde verantwoordelijkheid op managementvlak is de financiering van ziekenhuizen via één geïntegreerd kanaal, waarbij m.a.w. op termijn de honoraria- en de ziekenhuisbudgetstroom een inkomsten geïntegreerd worden.

Een integratie van deze financiële stromen leest beter toe om de zorg af te stemmen op de reële behoeften, en om de middelen efficiënter en beter te benutten. Een integratie vermijdt de tegengestelde prikkels die nu nog al te dikwijls aanwezig zijn verkant de prestatiefinanciering voor artsen (prikkel tot méér prestaties) tegenover de budgetfinanciering voor het ziekenhuis (prikkel tot minder prestaties).

Via een integratie van beide stromen worden zowel de artsen als de beheerders aangemoedigd om optimale zorg te verlenen. De prikkel tot méér/teveel presteren in functie van inkomstenverwerving bij artsen (en bij ziekenhuisbeheerders, via de effhoudingen op honoraria) valt weg omdat het volledige pakket aan ziekenhuisactiviteiten moet gerealiseerd worden binnen een vooraf vastgelegd budget (dat weliswaar jaar na jaar kan stijgen in functie van bv. wijzigende activiteiten of externe omstandigheden - cfr. supra). Via managementparticipatie van artsen wordt de aandacht voor kwaliteit van de zorg versterkt binnen het management. In de routinepraktijk beschikken de artsen immers over meer informatie dan de doorheen-manager aangaande de noodzakelijke infrastructuur en processen om de kwaliteit van de zorg te garanderen. Het daadwerkelijk bij het management betrekken van artsen biedt meer mogelijkheden om beleidsbeslissingen, die door hen als bedreigend voor de kwaliteit van zorg worden ervaren, te vermijden.

Deze integratie van financiële stromen kan goede waarborgen bieden voor een integrale, horizontale, multidisciplinaire benadering van de patiënten, m.a.w. voor het onderling goed afstemmen van de diverse zorgaspecten die binnen de ziekenhuiswanden aangeboden worden.

Moeilijkheden rijzen o.a. bij de vraag wie deze financiële stromen moet beheren en verdelen. Een rechtstreekse en volledige toewijzing aan de ziekenhuisbeheerders zal wellicht de weerstand van de artsen oproepen. Uiteraard wordt deze optie veel minder bedreigend voor het artsencorps in situaties met reële managementparticipatie door de artsen. Een te groot impact van het artsencorps op de geïntegreerde financiële stroom zal dan weer weerstand

wekken bij de beheerders, die financiële verantwoordelijkheid voor het ziekenhuisgebeuren dragen. Ook deze optie wordt minder bedreigend voor de beheerders indien de artsen niet enkel zeggenschap hebben over de financiële middelen, maar mee verantwoordelijkheid dragen voor het beheer.

Een werkbare middenweg op korte termijn ligt in het voorzien van twee globale budgetten per ziekenhuis : één zogenaamd **ziekenhuisbudget* (o.m. de huidige verpleegdagprijs) en één *artsenbudget* dat door zulke honoraria het inkomen van de artsen waarborgt. Over de aanwending van deze twee budgetten dient gezamenlijk beslist te worden door de respectieve partijen (respectievelijk beheer en artsen), maar uiteraard in zeer nauw onderling overleg en via goede afspraken tussen beheerders en artsen.

Een 'artsenbudget' per ziekenhuis impliceert o.a. dat de vergoeding voor elke individuele arts niet meer louter proportionaal aan zijn/haar volume aan prestaties kan zijn. Er zullen interne afspraken over het honoreringssysteem moeten worden gemaakt. Deze kunnen vele vormen aannemen. Hierbij is duidelijk dat de meest extreme vormen, zijnde een volledige salarisering enerzijds en een pure prestatiebetaling anderzijds wellicht teveel nadelen hebben voor respectievelijk de artsen-verstrekkers (geen 'loon naar werken', geen vergoeding in functie van capaciteiten en inspanningen) en voor de beheerders - en arts-beheerders (niet verzoeken met een gesloten budget op niveau van het ziekenhuis).

Ten slotte dient in de toekomst ook een onderlinge afstemming met de financiering van de extramurale zorg nagestreefd te worden om ook op dit vlak een vloeiende overgang tussen diverse zorgvormen aan te moedigen (cfr. supra).

4.2.7. 'Gemengd' financieringssysteem

Een **gemengd financieringssysteem*, dit wil zeggen een systeem dat (a) zowel retro- als prospectieve elementen en (b) zowel vaste als variabele elementen bevat, verdient de voorkeur.

Retrospectieve financiering impliceert dat het ziekenhuis zijn historische kosten terugbetaald krijgt. Prospectieve financiering impliceert het tegendeel : het ziekenhuis wordt met een vast budget betaald, m.a.w. niet in functie van zijn eigen historische kosten.

Vaste financiering impliceert dat het ziekenhuis een vast bedrag aan financiële middelen krijgt, onafhankelijk van zijn reële activiteitsgraad, in tegenstelling tot een systeem van variabele financiering.

Een 'gemengde financiering' verdient de voorkeur omdat dit beter toelaat om te streven naar een zuinig middelenbeheer, zonder de kwaliteit en/of de toegankelijkheid van de zorg in het gedrang te brengen. De prospectieve en vaste elementen bevorderen de efficiëntie, vermits een ziekenhuis niet automatisch meer middelen krijgt naarmate het meer activiteiten en meer kosten genereert. Ziekenhuizen worden hierdoor aangespoord om enkel de

nodzakelijke activiteiten uit te voeren, of zelfs nog minder dan dat. Vandeer dat deze prospectieve en vaste componenten van de financiering moeten aangevuld worden met retrospectieve en variabele elementen. Dit betekent dat ziekenhuizen, ten dele, additionele middelen krijgen naarmate ze méér activiteiten uitvoeren. De retrospectieve en variabele elementen bevorderen de kwaliteit : er wordt voldoende zorg verstrekt. Ze garanderen bovendien de toegankelijkheid omdat ziekenhuizen méér middelen krijgen naarmate ze meer - verantwoordbare - activiteiten genereren, die noodzakelijk zijn voor kwalitatief goede zorgverlening of die leiden tot uitzonderlijk hoge reële kosten voor zeer complexe patiënten. Via een activiteit gebonden financiering kan de overheid daarenboven verspilling vermijden, door aan instellingen niet méér middelen toe te wijzen dan hun activiteiten vereisen.

4.2.8. Additional aspects

- Effecten van netwerkvorming -

Netwerkvorming wordt impliciet aangemoedigd via de financiering door het feit dat ziekenhuizen die een of meer programma's gezamenlijk aanbieden dit kunnen realiseren tegen lagere kosten, dan ziekenhuizen die niet samenwerken. Dit heeft alles te maken met schaal- en scopevoordelen (lagere kosten t.g.v. groter volume, gezamenlijk gebruik van infrastructuur, ...). Dit geldt des te meer bij fusie van ziekenhuizen.

Er kunnen ook bv. juridische constructies ontwikkeld worden die toelaten om de kosten en opbrengsten specifiek voor bepaalde programma's te poolen over de diverse ziekenhuizen, die participeren in het netwerk. In dergelijk systeem realiseert elk ziekenhuis ook een financieel voordeel door doorverwijzing (minder kosten en toch nog een deel van de opbrengsten).

- Financiering van zorg verleend aan patiënten, buiten de verplichte ziekteverzekering -

Voor de zorg verleend aan patiënten, gefinancierd buiten de verplichte ziekteverzekering (bv. buitenlandse patiënten) dient de overheid vast te leggen welke prijzen minimaal aan deze patiënten moeten aangerekend worden. Er moet vermeden worden dat zij enkel hun marginale kosten aangerekend krijgen (bv. de supplementaire financiering), zodat een onaanvaardig groot deel van de vaste kosten ten laste van het Vlaams budget patiëntenzorg zou vallen.

4.3. Een concreet voorstel : een gemengd financieringssysteem, uitgaande van een gesloten globaal budget

Vermits er op macrovlak moet uitgegaan worden van een gesloten globaal jaarlijks budget zullen de financieringsregels in eerste instantie slaan op de criteria ter verdeling van dit globaal budget tussen de ziekenhuizen onderling.

De financiering van elk ziekenhuis heeft een gemengd karakter. Dit wil zeggen dat de middelen, waar elk ziekenhuis recht op heeft, bestaan uit een combinatie van een constante vergoeding voor de basisinfrastructuur (forfaitair bedrag per ziekenhuis, in functie van het aantal en soort programma's), met een activiteitagebonden supplementaire financiering (differentiatie in functie van de zwaartegraad van de patiënten, de aard van de zorg, bv. op basis van DRG⁶-classificatie, incl. sociale parameters). De financiering wordt m.a.w. deels afgestemd op het 'volume' aan activiteiten en de 'zwaarte' van de activiteiten die door het programma gegenereerd worden. Het volume wordt gemeten op basis van het aantal patiënten. De patiënten worden ingedeeld in 'klassen', in functie van aard en zwaartegraad van de zorg. Het aantal klassen kan verschillen van programma tot programma.

- Basisfinanciering -

Deze beoogt de kosten te dekken van de basisinfrastructuur (ruimte, uitrusting) en bestaffing, die minimaal moet aanwezig zijn om als ziekenhuis te kunnen functioneren. De vereiste infrastructuur en bestaffing wijzigt weinig of slechts 'trapgewijs' met de omvang van het ziekenhuis, i.e. het aantal patiënten. Deze is weliswaar beperkter voor een ziekenhuis dat relatief weinig patiënten verzorgt, dan voor een omvangrijk programma, waar daarenboven wellicht ook meer relatief gecompliceerde patiënten terecht komen. Vandaar dat de financiering van deze basisinfrastructuur enigszins moet afgestemd worden op de activiteitsgraad van het programma, m.a.w. de financiering zal veelal 'trapgewijs' verlopen. Om het bedrag van de basisfinanciering te bepalen moet bijgevolg nagegaan worden hoeveel en welke uitrusting, alsook welke medische, verpleegkundige en andere paramedische bestaffing er minimaal vereist is om elk programma te operationaliseren en hoe de behoefte aan infrastructuur en mankracht toeneemt met het aantal patiënten in de diverse pathologiegroepen. De identificatie van deze basisinfrastructuur voor elk programma moet gebeuren op basis van de beschikbare wetenschappelijke evidentie (bv. medische en verpleegkundige behandelingsprotocollen per pathologiegroep) en in nauw overleg met de sector. Uiteraard kan hierbij deels uitgegaan worden van de huidige beschikbare infrastructuur en bestaffing in vele ziekenhuizen, alsook van de beschikbare

⁶ diagnosis related group

registratiegegevens. Toch moet hierover nog verder onderzoek worden verricht (bv. vormen MVG-scores een goede parameter voor de vereiste verpleegkundige bestaaffing per programma ?). Een vergoeding voor de (vaste) indirecte kosten (bv. administratie, onderhoud) kan wellicht voorzien worden onder de vorm van een 'marge' per programma (bv. een vast percentage van de basisuitrustingskosten).

Nadat de vereiste basisstructuur werd vastgelegd, kan het gewicht dat deze basisfinanciering krijgt voor elk ziekenhuis worden vastgesteld op basis van bv. de 'standaard' marktprijs voor de diverse productiemiddelen (uitrusting, mankracht). Hiertoe zullen uiteraard ook de huidige boekhoudkundige kostengegevens van de ziekenhuizen nuttige informatie kunnen opleveren.

- *Supplementaire financiering* -

Deze beoogt de kosten te dekken van de middelen (additionale bestaaffing, materieel) die in toenemende mate vereist zijn naarmate de doorstroming van de patiënten/patiëntengroepen door elk programma in het ziekenhuis toeneemt.

Ook hier moet voor elk type opname een gewicht bepaald worden, in functie van zijn pathologiegroep, de aard en de zwaarte van de vereiste zorg. In dit alles moet uiteraard voldoende aandacht besteed worden aan een precieze omschrijving van het 'aantal opnamen'.

- *Financiering 'uitzonderingen'* -

Een aangepast financieringsmechanisme dient ontwikkeld te worden voor de patiënten die zich in uitzonderlijke omstandigheden bevinden, bv. wegens co-morbiditeiten, zeldzame complicaties, ... Voor dergelijke uitzonderlijke patiënten kan de financiering deels gebaseerd zijn op de reële, verantwoorde, kosten voor de patiënten (i.a. retrospectieve financiering).

- *Ziekenhuishudget* -

Het globaal budget van elk ziekenhuis bestaat m.a.w. uit drie onderdelen : een basisbudget (wat een deel is van het globaal basisbudget, in functie van het gewicht van het ziekenhuis tegenover andere ziekenhuizen), een supplementair budget (wat een deel is van het globaal supplementair budget, in functie van het gewicht van het ziekenhuis tegenover alle andere ziekenhuizen) en eventueel een uitzonderlijk budget (berekend in functie van de reële additionele kosten).

In bovenstaand voorbeeld werd dit systeem uiteengezet, uitgaande van de veronderstelling dat elk budgetonderdeel zowel het luik 'ziekenhuis' als het luik 'artsenprestaties' omvatte.

Op korte termijn kunnen deze, indien gewenst, nog apart berekend worden. Maar het verdient aanbeveling om zo snel mogelijk voor beide onderdelen reeds dezelfde berekeningssysteem te voorzien, zodat communicatie en overleg tussen ertsen en beheer vergemakkelijkt en integratie van beide financiële stromen op langere termijn kan gerealiseerd worden.

5. ERKENNINGSNORMEN EN PLANNING

5.1. Erkenningennormen

Vernits de programma's, gericht op welomschreven patiënten- en pathologiegroepen, de ruggengraat vormen van het toekomstige ziekenhuis. In plaats van de klassieke bedden, afdelingen en diensten, dienen zij ook het fundament te vormen van de erkenningvoorwaarden.

Bij het uittekenen van aangepaste erkenningennormen moet het ziekenhuis benaderd worden vanuit de genees- en verpleegkundige activiteiten die er in multidisciplinair verband georganiseerd worden, in plaats van vanuit de voorzieningen en infrastructuur. Dit uitgangspunt is reeds terug te vinden in de Wet op de Ziekenhuizen, art. 2, dat het ziekenhuis omschrijft in termen van een opdracht:

"een instelling voor gezondheidszorg waarin op ieder ogenblik geldende medisch-specialistische onderzoeken en/of behandelingen in het domein van de geneeskunde, de heelkunde en eventueel de verloskunde in multidisciplinair verband kunnen verstrekt worden, binnen het nodige en aangepaste medisch, medisch-technisch, verpleegkundig, paramedisch en logistiek kader, aan personen die er worden opgenomen en kunnen verblijven, omdat hun gezondheidstoestand dit geheel van zorgen vereist om op een zo kort mogelijke tijd de ziekte te bestrijden of te verlichten, de gezondheidstoestand te herstellen of te verbeteren of de letale te stabiliseren."

Vanuit het bovenstaande uitgangspunt wordt het mogelijk om - aangepaste - erkenningennormen veel beter te laten aansluiten (zonder ze telkens te moeten aanpassen) bij de wijzigende manier waarop het ziekenhuis zijn opdracht vervult. De basis voor de erkenning zal daarom verschuiven van structuurnormen, op basis van aantal en soorten bedden en diensten, naar procescriteria, m.n. de ziekenhuisactiviteiten, uitgedrukt in programma's van activiteiten, gericht op welomschreven patiëntengroepen (bv. clusters van DRG's).

Bovnop de basiserkenning, die in elk ziekenhuis de minimale inzet van personeel en materieel voor het geheel van de basisfuncties betreft, moeten coherente zorgpakketten (programma's van patiëntenzorg) en/of gespecialiseerde programma's de basis van de erkenning van een ziekenhuis of een netwerk worden.

Zadoende zullen in de organisatiestructuur van het ziekenhuis reeds de essentiële voorwaarden voor een geïntegreerde, multidisciplinaire (dienst- en specialisme-overschrijdende) kwaliteitsvolle aanpak van de patiënt, voor flexibiliteit en autonomie zijn ingebakken, zodat ook de toekomstige inhoudelijke vernieuwingen en technologische ontwikkelingen snel en efficiënt kunnen toegepast worden.

Het vastleggen van de erkenningsnormen moet gebeuren aan de hand van kwaliteitsmeting en kwaliteitsindicatoren. De medische en verpleegkundige activiteiten per pathologiegroep en per programma kunnen wellicht in kaart gebracht worden aan de hand van de MKG⁷- en MVG-registraties.

Met het van meetaf aan vastleggen van samenwerkingsmodellen ten beoogt de overheid de samenwerking tussen ziekenhuizen via netwerking daadwerkelijk te bevorderen. Zodoende kan zij ook voor de meest gespecialiseerde programma's een gelijke toegankelijkheid van kwalitatief hoogstaande zorgverlening aanbieden aan de volledige bevolking, en dit zonder verspilling van middelen.

Tenslotte moet in de regelgeving een snelle en eenvoudige mogelijkheid tot vlotte aanpasbaarheid van de erkenningsnormen ingebouwd worden in het licht van nieuwe wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen. Deze kunnen geadviseerd worden vanuit de Vlaamse Gezondheidsraad, op basis van de resultaten van diepgaand, beleidsvoorbereidend, wetenschappelijk onderzoek.

Op middellange termijn moet de erkenning gekoppeld worden aan het ziekenhuis of netwerk dat het programma aanbiedt. Op korte termijn echter dient, omwille van de werkbaarheid, de erkenning per ziekenhuis, participerend in één of meerdere netwerken, behouden te blijven. Op korte termijn kan bovendien enkel een soort 'erkenning' per netwerk, via het ziekenhuis dat het netwerk coördineert, voorzien worden, bovenop de erkenning per ziekenhuis.

6.2. Planning

Uitgaande van epidemiologische gegevens - die embryonaal reeds deels beschikbaar zijn via de Vlaamse gezondheidsindicatoren - kan de overheid een aanzet geven tot raming van de behoeften aan de diverse patiëntenprogramma's. Zowel voor de universele als voor de gespecialiseerde programma's moeten normen uitgewerkt worden om een voldoende en een voldoende geografisch gespreid aanbod te realiseren. Deze normen worden echter niet meer vastgelegd in structuurtarmen (bv. bedcapaciteit). Ze kunnen ook meer vastgelegd worden, nadat de diverse programma's voldoende precies omschreven zijn. Bovendien moeten de normen regelmatig aangepast worden in het licht van de permanente wetenschappelijke en technologische vooruitgang en de evaluaties in de zorgbehoeften. Dit vergt omvangrijke onderzoeksinspanningen, op basis waarvan bv. de Vlaamse Gezondheidsraad een advies kan formuleren (cfr. supra).

⁷ minimale klinische gegevens

In dit alles gaat de voorkeur naar een 'overlegde planning', naar 'benchmarking' met een permanente feedback vanwege de overheid, boven directieve programmering, waarbij de overheid oplegt welk ziekenhuis welke programma's moet aanbieden. De overheid biedt een overzicht van het vereiste zorgaanbod, en de ziekenhuizen vullen dit aanbod in overleg en met goedkeuring van de overheid in. De overheid biedt ziekenhuizen permanente feedback over het feitelijke versus het gewenste zorgaanbod en over de prestaties van elk individueel ziekenhuis of programma als tegenover het geheel. De individuele ziekenhuizen kunnen de afwijkingen zelf corrigeren (autocorrectiemogelijkheden). Deze werkwijze moet toelaten om flexibel in te spelen op de zeer snel wijzigende zorgbehoeften.

Ook in het investeringsbeleid beoogt de overheid reeds deze werkwijze. Op basis van een zorgstrategisch plan, waarin het ziekenhuis zijn huidige en toekomstige gewenste positie binnen het regionaal ziekenhuisaanbod schetst, beslist de overheid of investeren in dit ziekenhuis, binnen een welbepaalde regio nog wenselijk is. Eens het ziekenhuis 'groen licht' krijgt, kan het van start gaan met het ontwikkelen van een masterplan en projectplannen, die door de overheid kunnen gesubsidieerd worden.

Een belangrijk hulpmiddel voor de planning kan de MKG-registratie zijn, die toelaat (bv. per arrondissement, regio) de huidige spreiding van diagnoses en behandelingen (m.a.w. verbruik, niet noodzakelijk behoeften) de 'behoefte' aan programma's te bepalen, rekening houdende met kwaliteitsvereisten voor de geboden zorg en geografische toegankelijkheid, in functie van de mobiliteit van de doelgroepen en de aard van de zorgpakketten. Deze laatste kan desgevallend verschillend gedefinieerd worden per programma. De overheid dient hiervoor uiteraard te beschikken over recente en gevalideerde registratiegegevens. Voor sommige diagnoses (bv. bevellingen) zullen de MKG betrouwbare gegevens opleveren, maar voor andere diagnoses (bv. verwijdering van de blinde darm) zal het MKG-plateau een veel grotere spreiding opleveren, en bijgevolg veel minder bruikbaar zijn voor planningdoeleinden.

6. INVOERING VAN NIEUWE TECHNOLOGIEËN

6.1. Uitgangspunt: flexibiliteit bij overheid en sector stimuleren

Gezien de snelle evolutie van medische technologie moeten de materiële en personele vereisten (erkenningsoverwaarden) per programma/module snel kunnen aangepast worden aan wijzigende realiteiten. Een permanente evaluatie dringt zich op.

In de Vlaamse Gezondheidsraad (VGR) kan hiertoe:

- permanent 'health technology assessment' (HTA) in de opdracht geïntegreerd worden
- ontwikkelingsgeneeskunde gestimuleerd worden
- een Werkgroep per programma worden opgericht die periodiek advies verleent over te wijzigen erkenning-, plannings- en/of financieringsverelaten, op basis van de (meer algemene) HTA bevindingen (bv. mag een nieuwe technologie reeds in een bepaalde modules worden opgenomen of dient die technologie eerst nog verder op punt gesteld te worden) .

6.2. Evaluatie van gezondheidszorg-technologieën

Bij het vaststellen en aanpassen van erkenningssystemen kan de overheid gebruik maken van HTA. Dit is de wetenschappelijke discipline die zich bezighoudt met de systematische evaluatie van gezondheidstechnologieën, op alle vlakken van het maatschappelijk leven, omvattende medische, economische, ethische, juridische, sociale, ... aspecten. Hierbij wordt o.a. gedacht aan het evalueren van de werkzaamheid en veiligheid, effectiviteit, kosten-effectiviteit, toegankelijkheid, ... en dient 'technologie' ruim geïnterpreteerd te worden, als omvattende naast uitrusting en materialen, ook geneesmiddelen, procedures (know how) en organisatiesystemen.

In veel industrielanden worden in toenemende mate dergelijke systematische evaluaties uitgevoerd, vooral van nieuwe technologieën, maar ook van standaard interventies. Uiteraard is niet vereist dat elk land de volledige evaluatie duplicaert - een aantal bevindingen kunnen mits aanpassingen, getransponeerd worden naar andere landen - zodat internationale samenwerking op dit vlak (bv. via INAHTA⁸, EUR-ASSESS⁹) uitermate lonend kan zijn.

⁸ International Organisation for Agencies on Health Technology Assessment

⁹ Technology Assessment In Europe

De Vlaamse gezondheidsraad kan opteren om haar adviezen waar mogelijk te baseren op de bevindingen van HTA-rapporten, en aanbevelingen voor verder wetenschappelijk onderzoek formuleren.

8.3. Invoering nieuwe technologieën in de gezondheidszorg

In geval van nieuwe medische ontwikkelingen (bv. bepaalde orgaantransplantaties, foetale chirurgie) wordt gepleit voor een doordachte introductie in de routinepraktijk, naar analogie met de benadering van de Gezondheidsraad en het Fonds voor ontwikkelingsgeneeskunde (FOG) in Nederland.

In een eerste fase, de incubatiefase, wanneer de klinische effectiviteit van de nieuwe ontwikkeling nog moet bevestigd worden (i.e. ontwikkelingsgeneeskunde) geeft het FOG een voorlopige 'toelating' aan een aanvragend (universitair of algemeen) ziekenhuis om de interventie uit te voeren, en dit enkel op voorwaarde dat het ziekenhuis in kwestie bereid is en zowel over de structurele als over de wetenschappelijke mogelijkheden (bv. beschikbare apparatuur, wetenschappelijke expertise) beschikt om de technologie op een objectieve manier, systematisch en grondig te evalueren.

Pas als er voldoende wetenschappelijk onderbouwde evidentie voorhanden komt, zal de overheid beslissen of de interventie in kwestie moet beschouwd worden als een activiteit behorende tot de universele programma's (en die dus door elk ziekenhuis mag uitgevoerd worden), dan wel tot één of meerdere gespecialiseerde programma's.

De universitaire ziekenhuizen vormen de noodzakelijke als ook de meest geschikte, maar niet de enige voedingsbodem voor dit soort evaluatief onderzoek, vermits zij, naast gespecialiseerde en complexe patiëntenzorg, ook onderzoeks- en onderwijsopdrachten vervullen.

Voor een aantal ontwikkelingen kan de overheid zo nodig beslissen om, na de incubatiefase voorlopig slechts een gelimiteerde verspreiding van de interventie toe te laten in een beperkt aantal centra die bijkomende effectiviteitsgegevens verzamelen (bv. om na te gaan welke types ziekenhuizen of programma's de technologie op de klinisch meest effectieve en efficiënte manier kunnen aanbieden).

Deze procedure zou m.a.w. toelaten om de meeste nieuwe medische ontwikkelingen systematisch te beoordelen vóór grootschalige verspreiding, om m.a.w. systematisch HTA's uit te voeren in een relatief vroege fase van de levenscyclus van nieuw opkomende technologieën, via twee evaluatietijdstippen. In een eerste ronde wordt beslist om de technologie te evalueren, en wordt een onderzoeksproject toegewezen aan één of enkele ziekenhuizen. Na afronding van het onderzoeksproject neemt de overheid een beslissing tot verspreiding van de nieuwe technologie. Uiteraard mag het inbouwen van een evaluatiefase

geen dekmantel worden om nieuwe technologieën gedurende een te lange periode uitsluitend aan de/alle universitaire ziekenhuizen toe te kennen. De introductie van een formele evaluatiefase mag bovendien ook geen vertragingsemancoeuver vormen om nieuwe technieken slechts met mondjemaat ter beschikking van de bevolking te stellen. Maar ze moet wel toelaten om de verspreiding van nieuwe technologieën rationeler te laten verlopen.

7. KRITISCHE SUCCEFACTOREN

Het welzijn van een eigen, vernieuwd gezondheidsbeleid voor Vlaanderen wordt sterk mee bepaald door externe, institutionele factoren. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen elementen die onder de verantwoordelijkheid van de overheid vallen en factoren die specifiek zijn voor het ziekenhuismilieu.

KRITISCHE SUCCEFACTOREN OP MACROVLAK

7.1. Beleidsondersteunende informatie

Een overheid is maar in staat om een globaal gezondheidsbeleid te voeren, indien hiervoor de nodige beleidsondersteunende informatie beschikbaar is, en dit zowel voor het uittekenen van het globale beleid, als voor het ziekenhuisbeleid. Deze opdracht vereist uiteraard een aangepaste ondersteuning vanuit de administratie.

- Epidemiologische gegevens -

Permanente actualisatie van beschikbare en betrouwbare epidemiologische gegevensstromen is een essentiële voorwaarde om de populatiebehoeften inzake zorgverbruik in te schatten. Zelfs indien de behoeften niet op basis van epidemiologische gegevens (tijdig) kunnen ingeschat worden, zijn er toch argumenten om het aanbod top-down te plannen al was het maar om het budget te beheersen of om voldoende kritische massa te realiseren.

- Gegevens over geëligende zorg -

Het aflijnen van de "geëligende zorg" veronderstelt het uitbouwen van voldoende wetenschappelijk gefundeerde know-how (statistische analyses, technology assessment...). Een permanente confrontatie van epidemiologische gegevens met data over geëligende zorgpatronen laat toe om het aanbod te plannen. Planning wordt aldus een dynamisch gegeven dat voortdurend (wetenschappelijk) getoetst wordt aan de wijzigende behoeften en aan de vooruitgang van de geneeskunde. Waarborgen voor de volledigheid, de betrouwbaarheid, de vergelijkbaarheid en de correctheid van de geregistreerde gegevens zijn hier dan ook van fundamenteel belang en noodzakelijk voor gegevens die aan de basis liggen van de erkenning, planning en financiering van het stelsel.

De wijze van informeren en de kwaliteit en praktische bruikbaarheid van de informatie zijn essentieel voor de bereidheid tot medewerking vanwege de sector. Onwillekeurig wordt er steeds vergeleken met het bestaande systeem en is onvoldoende of onjuiste informatie vaak de oorzaak dat men de voorgestelde wijziging afwijst.

- Aangepaste gegevenssystemen voor ziekenhuizen -

Naarmate de financiering meer rekening houdt met de reële zorgactiviteiten in het ziekenhuis dan met structurele parameters, zal de boekhouding en de financiële informatie in het algemeen moeten hertekend worden. Met name zijn vandaag de kosten van het zorgproces zelf niet of nauwelijks rechtstreeks gekend, laat staan dat ziekenhuizen ze onder elkaar kunnen vergelijken. Dit geldt overigens niet enkel voor de afzonderlijke ziekenhuizen (microschaal) maar evenzeer op niveau van de overheid (macroschaal).

Verantwoorde kostenberekening vergt een permanent onderzoek en opvolging door een vaste kern van deskundigen (met kennis van de marktmechanismen). Wanneer prijsdeling mogelijk is, is het niet zeker dat die ook spontaan optreedt. Er zal moeten ingegaan worden tegen sterke commerciële belangen en maatschappelijke krachten.

De toenemende complexiteit van bestuur en management van ziekenhuizen dient, omwille van de noodzaak tot grotere kosteneffectiviteit en kwaliteit, meer dan nu het geval is, ondersteund te worden door wetenschappelijke inzichten. De rol die het Nationaal Ziekenhuisinstituut in Nederland speelt kan hierbij een inspiratie zijn.

Op termijn moet voldoende aandacht besteed worden aan de informatiedoorstroming tussen artsen onderling en tussen artsen en patiënten. Bij voorkeur worden er geaggregeerde gegevens meegedeeld, waardoor de resultaten van voorzieningen en verstrekkers onderling vergelijkbaar worden. Dit zal uiteraard de nodige bijscholing vragen om de gegevens op een correcte manier te leren interpreteren, en op basis hiervan 'juist' door te verwijzen.

7.2. Afstemming tussen de diverse beleidsniveaus

Met de actuele bevoegdheidsverdeling inzake gezondheidszorg binnen het huidige staatsbestel kan het nieuwe ziekenhuisconcept niet integraal gerealiseerd worden.

De huidige regelgeving leidt helaas niet altijd tot een adequaat gebruik van de infrastructuur in functie van de doelstellingen. De eigen rol van het ziekenhuis wordt niet of onvoldoende bepaald.

Bovendien werken de huidige erkenningscriteria inflatoir (minimum bezetting, aantal bedden, aantal verrichtingen,...). De gemeenschappen die de erkenningsnormen correct pogen toe te

passen, verplichten de ziekenhuizen hoge kosten te maken terwijl het federaal budget niet altijd volgt.

Wet de subsidiëeringspolitiek van de Gemeenschappen betreft, bestaan er grote verschillen tussen de landdelen. Het huidige systeem, waarbij de federale overheid de hoogte van de tegemoetkoming in de verpleegdeprijs vastlegt via de zogenaamde "Bouwkefender", fruikt de bevoegdheid van de Gemeenschappen.

Een betere oplossing bestaat erin de ziekenhuizen een grotere souplesse te geven bij de organisatie van de zorgverlening en de erkenning meer afhankelijk te maken van de geleverde kwaliteit. Ook in het kader van de Infrastructuurbetoelaging dient het bouwbeleid in functie te staan van een verantwoord zorgbeleid.

7.3. Consensus

Bij de uitbouw van een Vlaams gezondheidsbeleid dient men rekening te houden met alle structuren en organisaties, die ook op heden in de gezondheidszorg een beleidsrol van betekenis vervullen. Eerder dan energie te verliezen en veel achterstand op tijdschema's op te lopen in een conflictmodel dient een strategie van overleg en samenwerking te worden nagestreefd, zonder dat dit de doelstellingen mag schaden. De uitbouw van een Vlaams gezondheidsbeleid vereist samenspraak met de federale overheid, het RIZIV, de sociale partners, de universiteiten, de instellingen, eerste lijnoverleg, de medische en paramedische verstrekkers, de verzekeringsorganismen, de patiënten enz., om duidelijkheid te scheppen en te krijgen in bevoegdheidsverdeling, budgetverdeling, complementariteit en vooral timing ten overstaan van de eigen ambities.

Het realiseren van homogene bevoegdheidspakketten is een noodzakelijke voorwaarde om een globaal gezondheidsbeleid te kunnen voeren. De meeste leden van de denkgroep vinden dat een defederalisering van het gezondheidsbeleid de beste waarborgen creëert voor het realiseren van homogene bevoegdheidspakketten en voor het optimaal afstemmen van de gezondheidszorg op de behoeften van de Vlaamse bevolking.

7.4. Aangepaste organisatie en financiering van de gezondheidszorg

Ook in de organisatie van de gezondheidszorg en de geassocieerde financiering zijn een aantal fundamentele wijzigingen vereist (cfr. supra). Cruciaal zijn o.a.

- het stimuleren van een vloeiende overgang tussen het continuüm van diverse zorgvormen, zowel via de organisatie als de financiering (bv. integratie van de artsenfinanciering in de ziekenhuisfinanciering)

- duidelijke taakafspraken tussen de diverse verstrekkers en voorzieningen
- een opwaardering van de eerste lijn, met erkenning van de cruciale rol van de huisarts in het systeem
- ondersteunend hierbij is een medisch dossier nodig dat de patiënt volgt doorheen het continuüm aan zorgvormen.

Een probleem specifiek voor de ziekenhuiswereld is het verschil in statuut tussen openbare en private ziekenhuizen. Dit heeft in de huidige situatie o.a. te maken met een gedifferentieerde regelgeving en financiering op lokaal vlak. Om een harmonisatie van de functioneringsvoorwaarden en de financieringsregels tussen private en openbare ziekenhuizen tot stand te brengen is het noodzakelijk de O.C.M.W.-wetgeving dienaangaande te versoepelen. Samenwerking tussen beide netten kan maar ten volle geoperationaliseerd worden voor zover ze op gelijke voet staan (bv. grote hinderpaal vanwege de 60%-participatieregel). Een aanpassing van het statuut van de openbare ziekenhuizen dringt zich op. Aandacht hierbij dient vooral te gaan naar de procedure van de politieke voogdij en de tekortenregeling voor de openbare ziekenhuizen. In een eerste fase ligt een oplossing in een nieuw statuut voor de openbare ziekenhuizen. In een verdere fase evolueert men naar een gemeenschappelijk statuut voor alle ziekenhuizen (vermits ze met overheidsmiddelen worden gefinancierd).

7.5. Beheersbaarheid van de uitgaven

Tenslotte zal het Vlaams Gezondheidsbeleid er moeten naar streven om deze doelstellingen te realiseren met begrensde financiële middelen. Ook in de toekomst zal het groeiritme van de publieke uitgaven beheerst moeten worden.

KRITISCHE SUCCESFACTOREN OP MESO- EN MICROVLAK

7.6. Een nieuwe cultuur en mentaliteit bij zorgverstrekkers en beheerders

Het realiseren van dit nieuw ziekenhuisconcept zal een mentaliteitsaanpassing bij de zorgverleners en beheerders van de voorzieningen vergen.

Het is wenselijk dat de verstrekkers en voorzieningen ook een grotere klantgerichtheid ontwikkelen.

Van de verstrekkers, die vroeger veelal werden opgeleid om individueel en zelfstandig beslissingen te nemen op vlak van diagnostiek en therapie (therapeutische vrijheid), zal in de toekomst in groeiende mate verwacht worden dat zij in teamverband werken met collega's uit andere echelons of disciplines, in peer groups of met andere zorgverleners en dat zij

kunnen omgaan met mondige patiënten en deze mondigheid stimuleren. De ziekenhuisarts zal in het nieuwe concept van ziekenhuis op verregaande wijze geïntegreerd zijn. De bestaanonzekerheid van ziekenhuizen kan - om redenen van inkomsterbescherming - een rem vormen voor dergelijke integratiebeweging (vooral in kleinere of bedreigde ziekenhuizen).

Het fenomeen van de variatie in de zorgpatronen, zelfs voor één welbepaalde pathologie, is wellicht functie van de opleiding en van het (over)aanbod van zorgverstrekkers. De beroepsgroep zelf heeft hier haar verantwoordelijkheid op te nemen via peer review en standaardisatie. Deze mentaliteitswijziging kan mee ondersteund worden door een afbouw van de prestatiefinanciering voor verstrekkers.

In de toekomst zal de nadruk méér liggen op samenwerking, op een multidisciplinaire aanpak, op het doorgeven van informatie aan andere echelons, o.a. via het persoonlijk en uniek medisch dossier. Dit kan op korte termijn niet volledig gerealiseerd worden en moet sterk via de basisopleiding en de permanente vorming aangemoedigd worden.

Zorgverleners zullen kritischer leren denken over hun eigen werkzaamheden en zich door collega's laten evalueren (peer review, kwaliteitsbevordering). Vanuit dezelfde optiek moeten ze leren omgaan met evaluatie van nieuwe technologieën vóór grootschalige invoering.

De taak van de huisartsen zal gedeeltelijk wijzigen door technologische vooruitgang (bv. meer daghospitalisatie met follow up thuis) en door wijzigingen in de organisatie van de gezondheidszorg. Ook zij kunnen niet meer alles doen, maar zullen zich, bovenop de basisopdracht, differentieren in een deel van de huisartsenpraktijk. Werken vanuit een solo-mentaliteit zal moeilijker worden. Groepsvorming wordt vergemakkelijkt door de feminisering van het beroep en door de grotere financiële risico's die het beroep vandaag met zich meebrengt.

Al bij al zal deze mentaliteitsverandering ook een voedingsbodem bieden om op een verantwoorde manier keuzen te leren maken in de zorg.

7.7. Begeleide keuzevrijheid van en mentaliteitswijziging bij de patiënt

De vrije keuze van de patiënt is ingeburgerd in ons gezondheidszorgstelsel. Deze vrije keuze heeft in het verleden een - zij het niet altijd wetenschappelijke - rol van kwaliteitsbeoordeling gespeeld. De rol van de overheid en van de verzekeraar, moet in dit opzicht nog uitgeklaard worden.

In de toekomst kan deze ongebreidelde keuzevrijheid enigszins ingeperkt worden, om kwaliteitsvolle zorg te garanderen. Een volledige keuzevrijheid in een gezondheidssysteem dat betaalbaar moet blijven, een goede kwaliteit moet bieden en op alle vlakken toegankelijk moet zijn, is niet langer realiseerbaar. Wel moet een zo groot mogelijke keuzevrijheid voor de

patiënt nagestreefd worden, ondersteund en begeleid door de overheid. Zonder "lock-ins" van patiënten in een beperkt zorgaanbod op te leggen, moeten kwaliteits- en efficiëntie-overwegingen richtinggevend voor het type medische consumptie kunnen zijn.

De progressieve groei van de financiële verantwoordelijkheid en van co-financiering van de gezondheidszorg door de patiënt en/of private zorgverzekersers zal automatisch meer leiden tot kosten-effectief medisch handelen. Dat de prijselasticiteit hier een belangrijke rol speelt en onderzocht wordt, bewijst het toenemend afhaken van de patiënt zodra er een beroep wordt gedaan op zijn (beperkte) eigen bijdrage. De toenemende invloed van aanvullende en private verzekeringen om complementair de financiering van het verplichte systeem te ondersteunen wordt nu reeds vastgesteld in de ziekenhuiszorg en in de chronische verzorgingssector.

In de nabije toekomst zal ook bij de burgers/patiënten het besef moeten groeien dat het leveren van kwaliteitsvolle zorg een kritische massa aan activiteiten vereist (ook voor het efficiënt aanwenden van de zorgbudgetten is een minimale schaalgrootte aangewezen). Gespecialiseerde zorg kan niet altijd door elk ziekenhuis afgeleverd worden.

Ten slotte zal geleidelijk bij de publieke opinie het bewustzijn groeien dat er zich in een aantal gevallen kwaliteitsproblemen stellen, en dat deze enkel kunnen voorkomen en geredigeerd worden via een kwaliteitsbeleid, waarbij de verstrekkers en de voorzieningen de kwaliteit van de geleverde zorg moeten aantonen.

7.3. Aangepast personeelsbeleid

Bij het implementeren van de hervormingen zal - zoals steeds - de menselijke factor doorslaggevend zijn voor het slagen van het opzet.

De zorgverleners zelf zijn het best geplaatst om de voorwaarden en de modaliteiten te formuleren om de goede ideeën te laten uitmonden in een werkelijke kwaliteitsverhoging van de zorgverlening.

Daarom zal de Vlaamse overheid eerst en vooral rechtstreeks een luisterend oor verlenen aan het werkveld, en in dialoog de noodzakelijke hervormingen uitwerken.

Bovendien zal een doordacht beleid van omgang met het menselijk potentieel worden gestimuleerd. Kernpunten hierbij zijn de aanpassing van de basisopleidingen, de instrumenten voor professionele werving en selectie van medewerkers, de mogelijkheden tot permanente bijscholing, de loopbaanopbouw (met o.m. taakverrijking, jobrotatie,

taakverdeling, nieuwe vormen van promotie zoals projectbegeleiding of specialisatie, arbeidadelende formules en uitdagingen.

Hiervoor is een kader van aangepaste organisatieontwikkeling vereist, zodat terecht privé- en sociale verwachtingen van het personeel kunnen verzoend worden met de doelstellingen van de nieuwe organisatie van de patiëntenzorg.

In dezelfde lijn zullen ook de statutaire "beschotten" tussen de verschillende werkvormen, zoals ziekenhuiszorg en thuiszorg, acute en chronische zorg, ambulante en verblijfszorg moeten worden weggenomen. Het creëren van een betere mobiliteit zal de mogelijkheden voor zinvol en aangepast werk optimaliseren.

7.9. Grotere integratie van artsen binnen de ziekenhuisorganisatie

In dit vernieuwd concept van ziekenhuiszorg krijgt het ziekenhuis méér en complexere opdrachten. Om deze optimaal te kunnen vervullen wordt samenwerking tussen de diverse disciplines die het primaire proces verzorgen, maar ook samenwerking met andere geledingen in het ziekenhuis (bv. artsen - management) meer en meer van cruciaal belang. Een welvragen van dit concept is sterk afhankelijk van de graad van integratie van artsen in de ziekenhuisorganisatie.

Nieuwe samenwerkingsmogelijkheden met de aan gekoppelde taakverdeling enerzijds, en de ontwikkeling van de geneeskunde anderzijds, stellen het probleem van de aanpassing van het statuut van de ziekenhuisartsen aan deze nieuwe evoluties.

Met de wet op de ziekenhuizen, zoals gecoördineerd op 7 augustus 1987, werd een historische stap gezet in de richting van een grotere integratie van de artsen in het ziekenhuis. Het wordt tijd om een nieuwe stap te zetten. Immers, nieuwe opdrachten die aan ziekenhuizen worden opgelegd moeten gepaard gaan met het versterken van de bestuurskracht van deze ziekenhuizen. Het huidige organisatorisch model van de zgn. professionele bureaucratie voldoet hier niet langer aan. Een van de meest in het oog springende evoluties is het doorbreken van de klassieke grens tussen de "professionals on the floor" en het "management" van het ziekenhuis.

Het is evident dat het ziekenhuisconcept voor Vlaanderen slechts tot volle ontplooiing kan komen bij een geïntegreerde geneeskunde.

Vandaar dat er een behoefte bestaat aan méér instrumenten om die integratie reëel te bevorderen. Hierbij kan o.a. gedacht worden aan de integratie van de honorariafinanciering en de financiering via de verpleegdeprijs (cfr. supra) en aan meer inspraakmogelijkheden

van de artsen in het beleid, gekoppeld aan meer verantwoordelijkheid, m.a.w. aan managementparticipatie. In de toekomst moeten de artsen actiever betrokken zijn bij de besluitvorming, bij het ziekenhuismanagement, en moeten de artsen zich op deze verantwoordelijkheid voorbereiden door bijscholing ter zake. De betrokkenheid van de artsen bij het beleid van het ziekenhuis kan tot uiting komen o.a. via het opnemen van artsen in de raad van beheer en ze direct te betrekken bij het dagelijkse management.

GLOSSARIUM**Financiering :**

Basifinanciering : is een financiering die de kosten beoogt te dekken van de basisinfrastructuur (ruimte, uitrusting) en bestaffing, die sowieso moet aanwezig zijn om als ziekenhuis te kunnen functioneren. De variabele infrastructuur en bestaffing wijzigt weinig of slechts 'trapsgewijs' met de omvang van het ziekenhuis, i.e. het aantal patiënten.

Gemengd financieringssysteem : is een systeem dat zowel retro- als prospectieve elementen en zowel vaste als variabele elementen bevat.

Retrospectieve financiering impliceert dat het ziekenhuis zijn historische kosten terugbetaald krijgt. Prospectieve financiering impliceert het tegendeel : het ziekenhuis wordt met een vast budget betaald, m.a.w. niet in functie van zijn eigen historische kosten. Vaste financiering impliceert dat het ziekenhuis een vast bedrag aan financiële middelen krijgt, onafhankelijk van zijn reële activiteitsgraad, in tegenstelling tot een systeem van variabele financiering.

Pathologiefinanciering : is een financiering op basis van de pathologie. Per programma wordt nagegaan welke pathologieën er aan bod komen en de omvang van de financiering wordt afgestemd op de aangewezen zorgverlening voor elk van deze groepen.

Supplementaire financiering : is een financiering die de kosten beoogt te dekken van de middelen (additionele bestaffing, materiaal) die in toenemende mate vereist zijn naarmate de doorstroming van de patiënten/patiëntengroepen door elk programma in het ziekenhuis toeneemt.

Ziekenhuisbudget : is het globaal budget van elk ziekenhuis en bestaat uit drie onderdelen : een basisbudget (wat een deel is van het globaal basisbudget, in functie van het gewicht van het ziekenhuis tegenover andere ziekenhuizen), een supplementair budget (wat een deel is van het globaal supplementair budget, in functie van het gewicht van het ziekenhuis tegenover alle andere ziekenhuizen) en eventueel een uitzonderlijk budget (berekend in functie van de reële additionele kosten).

Netwerking :

Netwerk : is een consortium van meerdere ziekenhuizen, samenwerkend in een modulier systeem. Een netwerk van ziekenhuizen biedt een gezamenlijk pakket van zorg aan op diverse campussen (al of niet apart erkende ziekenhuizen) zodat elke patiënt in principe toegang heeft tot alle aanwezige programma's, onafhankelijk van de plaats waarlangs hij binnenkomt in de ziekenhuiszorg. Het netwerk beslist zelf op welke plaats (campus) elk programma wordt aangeboden; dit alles uiteraard in overeenstemming met de krijtlijnen die de overheid uittekent.

Netwerken worden tussen ziekenhuizen afgesloten op het niveau van programma's.

Netwerkcoördinator : ziekenhuis, aangeduid door het netwerk van ziekenhuizen, dat het aanspreekpunt voor de overheid is, i.v.m. materies die het netwerk betreffen.

Programma's:

Geëigende zorg : medische, verpleegkundige en paramedische interventies die beschouwd worden als de standaard voor kwalitatief hoogstaande zorgverlening aan de beoogde patiëntenpopulatie, volgens de meest recente wetenschappelijke inzichten. Geëigende zorg houdt zowel in dat de beoogde patiëntenpopulatie enkel de vereiste zorgverlening ontvangt, als dat de totale beoogde patiëntenpopulatie deze zorg volledig toegediend krijgt.

Diagnostisch programma : dit programma richt zich naar patiënten met niet onmiddellijk af te lijnen of herkenbare problematiek of pathologie. Het zijn de patiënten die opgenomen worden voor zogenaamde 'observatie'. Het kan hier gaan om een ingewikkeld ziektebeeld waarvoor een beperkt aantal technische onderzoeken nodig is voornamelijk kan bevestigd worden in welk programma deze patiënt thuishoort, of om eerder vage ziektebeelden die evenmin direct onder te brengen zijn in een bepaald programma.

Gespecialiseerde programma's : richten zich op groepen van patiënten met een herkenbare en af te lijnen problematiek of pathologie. Deze programma's vereisen een bijzondere, uitgesproken multidisciplinaire deskundigheid, organisatie, technologie, infrastructuur, Zij kunnen probleem/pathologie-geïntendeerd zijn (bv. behandeling chronische nierinsufficiëntie, hartchirurgie, intensieve neonatologie, hematologie-oncologie, polytraumata, zware brandwonden, ...) of eerder functioneel/organisatorisch (bv. spoedgevallenopvang).

Patiëntenprogramma's : zijn omschrijvingen van ziekenhuisactiviteiten, gericht op bepaalde pathologiegroepen

Universele programma's : zijn elementaire zorgpakketten, die elk acuut ziekenhuis moet kunnen aanbieden. Deze universele programma's hebben betrekking op de courante ziektepatronen en voorzien in de basisbehoefte aan intramurale zorg van een populatie. Zij zijn algemeen medico-chirurgisch van aard en kunnen gedifferentieerd worden in functie van leeftijdsgroepen. Deze programma's richten zich op de meest voorkomende pathologieën die eenvoudig te behandelen zijn en waarvoor de procedurele verplichtingen voor diagnose en/of therapie eenvoudig zijn en/of geen bijzonder grote investeringen vergen in materiële of personele middelen.

Ziekenhuis :

Algemeen ziekenhuis : is een ziekenhuis dat in staat is de patiënten die zich aanbieden ofwel optimaal zelf te behandelen ofwel, na de patiënt te hebben gestabiliseerd, door te verwijzen naar een meer geëigende instelling. De zorg wordt verstrekt onder de vorm van klassieke hospitalisatie en daghospitalisatie.

Universitair ziekenhuis : is een algemeen ziekenhuis, dat naast patiëntenzorg ook nog opdrachten vervult, op het vlak van:

- onderwijs (vooral medische vorming, via band met een faculteit geneeskunde)
- wetenschappelijk onderzoek:
 - het fundamenteel onderzoek wordt uitgevoerd aan de universiteiten, in nauwe relatie met de universitaire ziekenhuizen;
 - het toegepast onderzoek behoort tot de specifieke opdracht van de universitaire ziekenhuizen, omwille van hun nauwe band met zowel het fundamentele onderzoek als met de meest geavanceerde patiëntenzorg; het toegepast onderzoek kan ook uitgevoerd

worden in algemene ziekenhuizen, die hiervoor over het vereiste structurele en wetenschappelijke kader, zowel qua infrastructuur als mankracht, beschikken. Wet betreft de patiëntenprogramma's concentreren universitaire ziekenhuizen zich bij voorkeur op geavanceerde medisch-specialistische zorg.

Doelen :

- *toegankelijkheid* : alle burgers moeten toegang hebben tot tenminste een basispakket van gezondheidszorg. Er moet sprake zijn van gelijke behandeling voor gelijke behoeften, indien diensten publiek zijn gefinancierd.
- *inkomensbescherming* : patiënten dienen te worden beschermd tegen financiële risico's van de gezondheidszorg die een bedreiging vormen voor hun inkomen en welzijn. Bij de inkomensbescherming dient het draagkrachtbeginsel te worden gehanteerd.
- *macro-economische efficiëntie* : beheersing van de gezondheidszorguitgaven in relatie tot het bruto nationale product (BNP).
- *micro-efficiëntie* : het resultaat van gezondheidszorg en de patiëntentevredenheid moet zo hoog mogelijk zijn voor het beschikbare aandeel van het BNP voor gezondheidszorguitgaven. Dit impliceert, dat de kosten geminimaliseerd moeten worden voor een geschikte mix van gezondheidszorgactiviteiten.
- *keuzevrijheid voor consumenten* : consumenten moeten vrij moeten zijn in hun keuze van verstrekker (onder publieke en particuliere verzekering) en moeten op advies van hun arts in gelegenheid worden gesteld een keuze te maken met betrekking tot behandelingen en verwijzingen naar andere zorgaanbieders.
- *zo groot mogelijke autonomie voor de zorgaanbieders* : artsen en andere zorgaanbieders moeten een maximale vrijheid hebben die aansluit bij het verkrijgen van deze doelen, met name met betrekking tot medische en organoanatomische innovaties.